ENZYKLOPÄDIE DER RECHTS- UND STAATSWISSENSCHAFT

BEGRÜNDET VON

F. VON LISZT UND W. KASKEL

HERAUSGEGEBEN VON

E. KOHLRAUSCH · H. PETERS · A. SPIETHOFF

ABTEILUNG RECHTSWISSENSCHAFT

HERAUSGEGEBEN VON

DR. EDUARD KOHLRAUSCH
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT
BERLIN

DR. HANS PETERS
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT
BERLIN

XXXIa

SOZIALVERSICHERUNGSRECHT

VON

DR. LUTZ RICHTER
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT
LEIPZIG

VERLAG VON JULIUS SPRINGER · BERLIN 1931

SOZIAL-VERSICHERUNGSRECHT

VON

DR. LUTZ RICHTER
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT
LEIPZIG

VERLAG VON JULIUS SPRINGER · BERLIN 1931

WALTER KASKEL

zum Gedächtnis

Vorwort.

Daß die Sozialversicherung in einem eigenen Bande dieser Enzyklopädie, und zwar in ihrer Abteilung Rechtswissenschaft dargestellt werden sollte, war schon von WALTER KASKEL beabsichtigt, der auch wiederholt mit mir über meine Mitwirkung gesprochen hat. Die besondere Absicht der nun vorliegenden Darstellung geht dahin, die Bauglieder der deutschen Sozialversicherung technisch und juristisch verständlich zu machen und ihre Wiederkehr in den verschiedenen Versicherungszweigen aufzuzeigen. Zu diesem Zwecke mußten geläufige, aus den Rechtsquellen bekannte Zusammenhänge aufgelockert, geistige Verbindungslinien durch den ganzen überreichen Stoff der äußerlich geschiedenen Sozialversicherungsgesetze hindurch gelegt werden. Nur in den letzten Verästelungen gabelt die Darstellung sich nach Versicherungszweigen, wobei gewöhnlich die Reihenfolge: Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invaliden- und Angestelltenversicherung (als „Rentenversicherungen"), Arbeitslosenversicherung, Knappschaftsversicherung (diese steht wegen ihres engbegrenzten Teilnehmerkreises am Ende) eingehalten ist und nur ausnahmsweise die Versicherungszweige wegen besonders enger Einzelbeziehungen anders zusammengeordnet sind. Manche an sich nicht unwichtige Einzelheit mußte im Rahmen des Ganzen kurz abgetan oder beiseite gelassen werden. Leider zwang die Knappheit des Raumes auch zu äußerster Sparsamkeit in der Auseinandersetzung mit dem Schrifttum und den Entscheidungen. Auch ohne diese Zier hoffe ich, der wissenschaftlichen Erkenntnis des Sozialversicherungsrechts einen kleinen Dienst geleistet und der Rechtsanwendung wie der Sozialversicherungsreform ein Hilfsmittel geliefert zu haben.

Herrn Gerichtsassessor Dr. GEORG SCHULZ danke ich für mannigfache wertvolle Hilfe.

Leipzig, im Sommer 1931.

LUTZ RICHTER.

Inhaltsverzeichnis.

Einleitung.

Seite

§ 1. Sozialpolitische und wirtschaftliche Bedeutung der Sozialversicherung 1
I. Nützlichkeit für den Arbeitnehmer 1
II. Sozialpolitische Gründe für Sozialversicherung 2
III. Beurteilung seitens des Arbeitgebers 3
IV. Wirtschaftliche Bedeutung der Sozialversicherung 4
§ 2. Rechtliches Wesen, systematische Stellung und technische Leitgedanken der deutschen Sozialversicherung 4
I. Rechtliches Wesen 4
1. Versicherungstheroie 4. — 2. Fürsorgetheorie 6. — 3. Lehre KASKELS 6. — 4. Lehre JACOBIS 7. — 5. Eigene Lehre und Begriffsbestimmung 7.
II. Systematische Stellung des Sozialversicherungsrechts 8
1. Öffentliches Recht 8. — 2. Arbeitsrecht 8.
III. Technische Leitgedanken 9
1. Versicherung 9. — 2. Zwang zur Beteiligung 10. — 3. Typisierende Abgrenzung der zu erfassenden Personen 11. — 4. Abstrakter Ausgleich bei den Leistungen 12. — 5. Selbstverwaltung 12.
§ 3. Geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland. . 13
I. Vorläufer 13
1. Genossenschaftliche Vorsorge 13. — 2. Fürsorgepflichten von Arbeitgebern 14. — 3. Fürsorge öffentlicher Verbände 14.
II. Erstlingsgesetzgebung 14
1. Kaiserliche Botschaft 14. — 2. Krankenversicherung 14. — 3. Unfallversicherung 14. — 4. Invalidenversicherung 14.
III. Erste Revisionsgesetzgebung 14
IV. Kodifikation 15
1. Reichsversicherungsordnung 15. — 2. Versicherungsgesetz für Angestellte 15.
V. Kriegsrecht 15
VI. Wirtschaftliche Demobilmachung 16
VII. Währungsverfall 16
1. Anpassungsmaßnahmen 16. — 2. Reichsknappschaftsgesetz 16.
VIII. Währungsbefestigung und neuer Aufbau 16
1. Neuaufbau 16. — 2. Ausbau 16. — 3. Neufassungen 16. — 4. Arbeitslosenversicherung 17. — 5. Gegenbewegung 17.
§ 4. Quellen des geltenden deutschen Sozialversicherungsrechts 17
I. Rechtsquellenlehre 17
1. Kasuistische Rechtssetzungstechnik 17. — 2. Sonderformen der Rechtssetzung 17. — 3. Landesrecht 18. — 4. Geltungsbereich, internationales Sozialversicherungsrecht 18.
II. Hauptquellen 18
1. Reichsverfassung 18. — 2. Reichsversicherungsordnung 18. — 3. Angestelltenversicherungsgesetz 18. — 4. Arbeitslosengesetz 18. — 5. Reichsknappschaftsgesetz 19.
§ 5. Schrifttum 19

I. Teil.

Die Verfassung der Versicherungsträger.

§ 6. Überblick 21
I. Arten der Versicherungsträger 21
1. Versicherungsträger und Versicherungsbehörden 21. — 2. Mannigfaltigkeit der Träger 21. — 3. Regelmäßige Versicherungsträger 22. — 4. Versicherungsträger im eigentlichen Sinne 22. — 5. im weiteren Sinne 23. — 6. im weitesten Sinne 23.

Seite
II. Stellung im äußeren Rechtsverkehr 26
1. Führung öffentlicher Verwaltung 26. — 2. Juristische Personenqualität 27. — 3. Vertretung 28. — 4. Freiheitsschranken 29. — 5. Grundrechte 29.
III. Genossenschaften und Anstalten 29
§ 7. Die an der Sozialversicherung beteiligten Privatpersonen. 31
I. Versicherte 31
A. Versicherungspflichtige 32
1. Abgrenzungsmethoden 32. — 2. Regeln über Versicherungspflicht 35 [a) Arbeiter 35, Gleichgestellte 38; b) Angestellte 39; zu a und b) unfallversicherte Betriebe und Tätigkeiten 44; c) Hausgewerbtreibende 49; d) Unternehmer 50; e) verschiedene Gruppen 50]. — 3. Ausnahmen 51.
B. Versicherungsberechtigte 52
1. Freiwillige Weiterversicherung 52. — 2. Freiwillige Selbstversicherung 53. — 3. Freiwillige Höherversicherung 55.
II. Arbeitgeber 56
Zu I und II. Innenverhältnis zum Versicherungsträger 56
III. Nichtversicherte Leistungsempfänger 57
IV. Andere Personen 58
§ 8. Errichtung und Auflösung von Versicherungsträgern 59
I. Errichtung 59
1. Abgrenzung des Wirkungskreises 60. — 2. Errichtung durch obrigkeitlichen Akt 63. — 3. Initiative von Arbeitgeberseite 65. — 4. Rein private Errichtung 66.
II. Veränderungen im Bestande der Versicherungsträger 67
§ 9. Innere Verfassung der genossenschaftlichen Versicherungsträger . . . 68
I. Gemeinsames 68
II. Krankenkassen 68
1. Beginn und Ende der Mitgliedschaft 68. — 2. Ausschuß 72. — 3. Vorstand 76. — 4. Vorsitzender 77. — 5. Pflichten der Mitglieder 78.
III. Berufsgenossenschaften 79
1. Beginn und Ende der Mitgliedschaft 79. — 2. Genossenschaftsversammlung 82. — 3. Vorstand 83. — 4. Vorsitzender 84. — 5. Organ zur Vertretung gegenüber dem Vorstand 84. — 6. Vertreter der Versicherten 84. — 7. Pflichten der Mitglieder (Unfallverhütungsvorschriften) 85. — 8. Angegliederte Anstalten 86. — 9. Versicherungsgenossenschaft 87.
IV. Reichsknappschaft 87
1. Beginn und Ende der Mitgliedschaft 88. — 2. Gemeinsame Grundsätze für die Organe 88. — 3. Zentrale Organe 89. — 4. Bezirksknappschaften 90. — 5. Besondere Krankenkassen 91. — 6. Älteste 92. — 7. Pflichten der Mitglieder 92.
§ 10. Innere Verfassung der anstaltlichen Versicherungsträger 92
I. Gemeinsames 92
II. Landesversicherungsanstalten 93
1. Ausschuß 93. — 2. Vorstand 94. — 3. Vorsitzender 95. — 4. Pflichten der Angehörigen 95. — 5. Sonderanstalten 95.
III. Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 96
1. Vertrauensmänner 96. — 2. Verwaltungsrat 97. — 3. Direktorium 97. — 4. Präsident 98. — 5. Rechtsstellung der Angehörigen 98. — 6. Sonderträgerschaften 98.
IV. Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung 98
1. Hauptstelle 99. — 2. Landesarbeitsämter 101. — 3. Arbeitsämter 102. — 4. Rechtsstellung der Angehörigen 103. — 5. Sonderträgerschaften 104.
§ 11. Zusammenschlüsse und Unterteilungen von Versicherungsträgern. . . 104
I. Zusammenschlüsse 104
1. Vereinsähnliche Zusammenschlüsse 104. — 2. Gemeinsame Tragung der Last 107.
II. Unterteilungen 108

II. Teil.

Die Geschäfte der Versicherungsträger.

§ 12. Überblick. 109

Erstes Kapitel.

Das Beitragsverhältnis.

§ 13. Versicherungstechnische Grundlagen der Beitragsbemessung 109
I. Umlageverfahren 110
1. Krankenversicherung 110. — 2. Arbeitslosenversicherung 111. — 3. Unfallversicherung 112. — 4. Rentenversicherungen 112.

Seite
II. Anwartschaftsdeckungsverfahren . . . 113
III. Kapitaldeckungsverfahren . . . 113
IV. Zuzahlungen aus allgemeinen Finanzmitteln . . . 114
§ 14. Buchmäßige Unterlagen der Beitragserhebung . . . 115
I. Meldungen . . . 115
II. Verzeichnisse . . . 116
1. Krankenkassen 116 — 2. Arbeitslosenversicherung 116. — 3. Unfallversicherung 116. — 4. Rentenversicherungen 116. — 5. Reichsknappschaft 116.
III. Klasseneinteilung . . . 116
1. Krankenversicherung 117. — 2. Arbeitslosenversicherung 117. — 3. Rentenversicherungen 118. — 4. Knappschaftsversicherung 119.
§ 15. Festsetzung der Beitragshöhe . . . 119
1. Krankenkassen 119. — 2. Arbeitslosenversicherung 121. — 3. Berufsgenossenschaften 121. — 4. Rentenversicherungen 122. — 5. Knappschaftsversicherung 122.
§ 16. Entrichtung des Beitrags . . . 122
I. Abführung der einzelnen Beiträge . . . 122
1. Zahlungsverfahren 122. — 2. Markenverfahren 124.
II. Beitragsstreit . . . 125
1. Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung 125. — 2. Unfallversicherung 125. — 3. Rentenversicherungen 126. — 4. Knappschaftsversicherung 126.
III. Rückstände . . . 126
IV. Ausgleichung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer . . . 127

Zweites Kapitel.

Das Leistungsverhältnis.

§ 17. Arten der Leistungen . . . 128
1. dem Gehalte nach 128. — 2. nach dem sachlichen Verhältnis zum Versicherungsfall 128. — 3. der rechtlichen Lage nach 129.
§ 18. Das Recht auf die Leistungen . . . 130
1. Berechtigtes Subjekt 130. — 2. Verpflichtetes Subjekt 131. — 3. Inhalt 131. — 4. Tatbestand 132.
§ 19. Bestand des Versicherungsverhältnisses . . . 132
I. Gegenwärtigkeit des Versicherungsverhältnisses . . . 132
1. Krankenversicherung 133. — 2. Unfallversicherung 134. — 3. Arbeitslosenversicherung 134.
II. Mindestversicherungsdauer . . . 135
1. Krankenversicherung 135. — 2. Arbeitslosenversicherung 136. — 3. Rentenversicherungen 137. — 4. Knappschaftliche Pensionsversicherung 138.
III. Aufrechterhaltung der Anwartschaft . . . 138
1. Rentenversicherungen 139. — 2. Knappschaftliche Pensionsversicherung 140.
Anhang. Wanderversicherung . . . 140
§ 20. Versicherungsfälle . . . 141
1. Krankheit 141. — 2. Niederkunft 142. — 3. Minderungen der Erwerbsfähigkeit 142 [a) Arbeitsunfähigkeit 143; b) Erwerbsunfähigkeit 143; c) Invalidität 144; d) Berufsunfähigkeit nach Angestelltenversicherungsrecht 144; e) Berufsunfähigkeit nach Knappschaftsrecht 145]. — 4. Versicherungsfall der Arbeitslosenversicherung 145. — 5. Betriebsunfall 146. — 6. Tod 147.
§ 21. Sonstige Leistungsvoraussetzungen . . . 147
1. Wartezeit 147. — 2. Nichterschöpfung des Anspruchs 148. — 3. Verjährung 148. — 4. Rechtzeitige Geltendmachung 149. — 5. Ausschluß 149. — 6. Leistungsversagung und Leistungsverweigerung 150. — 7. Ruhen 153.
§ 22. Die Leistungen im einzelnen. . . . 155
I. Krankenversicherung . . . 155
1. Krankenhilfe 155. — 2. Wochenhilfe 157. — 3. Sterbegeld 159. — 4. Familienhilfe 159.
II. Unfallversicherung . . . 160
1. Krankenbehandlung 160. — 2. Berufsfürsorge 162. — 3. Geldleistungen 162. — 4. Sterbegeld 164. — 5. Hinterbliebenenrente 164.
III. Invaliden- und Angestelltenversicherung . . . 165
1. Rente des Versicherten 165. — 2. Hinterbliebenenrente 167. — 3. Heilverfahren 169. — 4. Beitragserstattung 169.
IV. Arbeitslosenversicherung . . . 169
1. Arbeitslosenunterstützung 170. — 2. Krankenversicherung 173. — 3. Anwartschaftsaufrechterhaltung 173. — 4. Kurzarbeiterunterstützung 173. — 5. Maßnahmen zur Verhütung und Beendigung der Arbeitslosigkeit 174.

Seite
V. Knappschaftliche Versicherung 175
1. Krankenversicherung 175. — 2. Invalidenversicherung 175. — 3. Pensionsversicherung 175.
§ 23. Die Erfüllung der Leistungsansprüche 176
I. Schuldner 176
1. Zwischenschaltung eines anderen Versicherungsträgers 176. — 2. Ausfallhaftung anderer Stellen 177.
II. Verfahren zur Erfüllung der Leistungsansprüche 177
1. Einleitung 178. — 2. Aufklärung des Sachverhaltes 178. — 3. Entschließung des Versicherungsträgers 179. — 4. Realakt der Erfüllung 180.
III. Gegenrechte 180
§ 24. Zusammentreffen von Leistungen (Unfall- und Krankenversicherung) . . . 181
1. Stellung des Verletzten 182. — 2. Verhältnis der Versicherungsträger untereinander 183.
§ 25. Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten 184
I. Gegenseitiges Verhältnis zwischen Versicherungsträgern 184
II. Verhältnis zu anderen Personen des öffentlichen Rechts 185
III. Schadenersatzansprüche wegen Herbeiführung des Versicherungsfalles 186

Drittes Kapitel.

Innere Verwaltung der Versicherungsträger.

§ 26. Allgemeines 187
§ 27. Vermögensgebarung 187
I. Verwendung der Mittel 187
1. Zulässige Zwecke 187. — 2. Voranschlag 188.
II. Anlegung 188

III. Teil.

Die Geschäfte des Staates in der Sozialversicherung.

§ 28. Behördenordnung 189
I. Sonderbehörden 189
A. Regelmäßige Sozialversicherungsbehörden 190
1. Versicherungsämter 190. — 2. Oberversicherungsämter 196. — 3. Reichsversicherungsamt 199. — 4. Landesversicherungsämter 203. — 5. Stellung im Behördenschema 204.
B. Besondere Sozialversicherungsbehörden 204
1. Hauptausschuß für Krankenversicherung 205. — 2. Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen 205. — 3. Schiedsinstanzen der kassen- und knappschaftsärztlichen Selbstverwaltung 205.
II. Behörden der allgemeinen Verwaltung 205
1. Reichsarbeitsministerium 205. — 2. Landes-, Gemeindeverbands- und Gemeindebehörden 205. — 3. Sonderbehörden 206.
§ 29. Rechtssetzung 206
1. Reichsgesetzgebung 206. — 2. Landesgesetzgebung 206. — 3. Verordnungsbefugnisse 206. — 4. Mitwirkung beim Erlaß autonomer Rechtssätze 207.
§ 30. Verwaltung 208
I. Innere Angelegenheiten der Versicherungsbehörden 208
II. Nach außen wirkende Tätigkeiten 208
1. Auskunft 208. — 2. Unterstützung der Versicherungsträger 209.
III. Aufsicht 210
1. Zuständigkeit 211. — 2. Maß und Ziel der Aufsicht 211. — 3. Rechtliche Mittel der Aufsicht 212.
IV. Verfahren 216
§ 31. Rechtsprechung 217
I. Streitfälle 217
1. Leistungen 218. — 2. Beiträge 218. — 3. Ausgleichung 219. — 4. Ersatz für Leistungen 219. — 5. Arbeitsrechtliche Streitigkeiten 219. — 6. Verschiedenartige Streitigkeiten 219.
II. Spruchverfahren 219
1. Verfahrensgrundsätze 220. — 2. Rechtsmittel 221.
III. Vollstreckung 222

Seite

IV. Teil.

Sondergebiete innerhalb des Sozialversicherungsrechts.

§ 32. Kassenärztliche Rechtsverhältnisse 223
I. Ärztliche Behandlung 223
II. Kassenarztvertrag 224
III. Kassenärztlicher Kollektivvertrag 225
IV. Kassenärztliche Selbstverwaltung 225
1. Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen 225. — 2. Schiedsinstanzen 226.
V. Zulassung 226
§ 33. Sonderarbeitsrecht der im Dienste der Versicherungsträger Beschäftigten 227
I. Krankenkassen 227
1. Dienstordnungsangestellte 227. — 2. Beamte 228. — 3. Übertragung der Rechte und Pflichten von Beamten 228. — 4. Sonstige Arbeitnehmer 228.
II. Berufsgenossenschaften 228
1. Dienstordnungsangestellte 228. — 2. Bürgerlichrechtliche Arbeitnehmer 228. — 3. Beamte 228.
III. Landesversicherungsanstalten 228
1. Eigentliche Beamte 228. — 2. Übertragung der Rechte und Pflichten von Beamten 228. — 3. Bürgerlichrechtliche Arbeitnehmer 228.
IV. Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 228
1. Beamte 228. — 2. Dienstordnungsangestellte 229. — 3. Sonstige Arbeitnehmer 229.
V. Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung 229
1. Beamte 229. — 2. Bürgerlichrechtliche Arbeitnehmer 229.
VI. Reichsknappschaft 229
VII. Versorgungsanwärter 229

Schlußteil.

§ 34. Außerdeutsches und zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht . . 230
§ 35. Reformbestrebungen 230

Sachverzeichnis 232

Abkürzungen.

AN. = Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, seit 1928 Teil IV des RArbBl.
ArbGerG. = Arbeitsgerichtsgesetz.
ArblVG. = G. über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.
AVG. = Angestelltenversicherungsgesetz.
BeitrO.AngVers. = Beitragsordnung der Angestelltenversicherung.
Bek. = Bekanntmachung.
BerKrankhV. = V. über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten.
BGB. = Bürgerliches Gesetzbuch.
BRG. = Betriebsrätegesetz.
EG. = Einführungsgesetz.
EuM. = Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts.
FürsPflV. = V. über die Fürsorgepflicht.
G. = Gesetz.
GewO. = Gewerbeordnung.
HArbG. = Hausarbeitgesetz.
HGB. = Handelsgesetzbuch.
HMBl. = Ministerialblatt für Handel und Gewerbe.
KurzArbV. = V. über Kurzarbeiterunterstützung.
RArbBl. = Reichsarbeitsblatt.
RArbMin. = Reichsarbeitsministerium.
RBG. = Reichsbahn-Gesetz.
RBPersG. = Reichsbahn-Personalgesetz.
RGBl. = Reichsgesetzblatt.
RKnG. = Reichsknappschaftsgesetz.
RV. = Reichsverfassung.
RVO. = Reichsversicherungsordnung.
SchwBeschG. = G. über die Beschäftigung Schwerbeschädigter.
StrGB. = Strafgesetzbuch.
V. = Verordnung.
VersAufsG. = Versicherungsaufsichtsgesetz, jetzt G. über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen und Bausparkassen.
VerfO. = Verfahrensordnung.
VerfV. = V. über das Verfahren.
ZBl. = Zentralblatt für das Deutsche Reich.

Einleitung.

§ 1. Sozialpolitische und wirtschaftliche Bedeutung der Sozialversicherung.

„Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten." Die deutsche Sozialversicherung, die dieser bereits vor seinem Erlaß weitgehend verwirklichte Programmsatz des Art. 161 der Reichsverfassung im Auge hat, gehört heute zu den umstrittensten Einrichtungen der deutschen Rechtskultur. So wenig es im Plane dieses Buches liegt, Politik zu treiben, erscheint es doch notwendig, einleitend die gesellschaftliche Bedeutung der Einrichtung von verschiedenen Seiten her kurz zu beleuchten.

I. Art. 161 RV. läßt durch die Hervorhebung der Arbeitsfähigkeit und durch seine Stellung im Rahmen der arbeitsrechtlichen Grundrechtssätze erkennen, daß es sich bei dem vorgesehenen Versicherungswesen um eine Einrichtung vorwiegend zum Schutz und Nutzen der Arbeitnehmer handelt. Das Verfassungsprogramm hält sich damit in Einklang mit dem, was schon vor seiner Abfassung vorhanden war und fast allgemein als Sozialversicherung bezeichnet wird. Auch bei der Ausführung des Programms bilden, wenigstens bisher, Arbeitnehmer die Hauptmasse der Versicherten (s. § 7). Die Sozialversicherung ist eine Teilerscheinung des Arbeitsrechts (s. § 2, II). Wie bei allen arbeitsrechtlichen Beziehungen ist auch hier für das Verständnis der gesellschaftlichen Erscheinung und ihrer rechtlichen Regelung auszugehen von der Lage des Arbeitnehmers. Der durchschnittliche Arbeitnehmer, insbesondere der typische Proletarier, ist für die Fristung seines Daseins und den Unterhalt seiner Familie angewiesen auf den laufenden Ertrag seiner Arbeit in fremdem Dienst. Das Arbeitsverhältnis ist unter der noch immer fortbestehenden grundsätzlichen Herrschaft des formal freien Arbeitsvertrages sehr leicht lösbar. An einem arbeitsunfähigen oder auch nur minderleistungsfähigen Arbeitnehmer hat der Arbeitgeber kein Interesse; von geringen Ausnahmen (§ 616 Abs. 2, § 617 BGB. u. ä.) abgesehen hat er ihm gegenüber keine bürgerlichrechtlichen Verpflichtungen; er entläßt ihn. Auch anderweit ist, wenn man die Sozialversicherung wegdenkt, für den kranken, invaliden oder alten Arbeiter meist nicht gesorgt. Im gewöhnlichen Falle wirft jeder Wechselfall des Lebens wie Krankheit, Entbindung, Unfall, Altersschwäche die wirtschaftliche Grundlage des Arbeitnehmerdaseins um. Überdies ist der Arbeitnehmer von Ungunst der wirtschaftlichen Lage bedroht, die sich für ihn in Arbeitslosigkeit äußert. Rücklagen aus dem Arbeitsentgelt kann der Arbeitnehmer nur in ganz geringem Umfang machen, teils weil die Höhe des Entgelts dies objektiv wirtschaftlich nicht zuläßt, teils weil als dringend empfundener augenblicklicher Bedarf zusammen mit dem geringen Stande von Bildung, Erziehung und Voraussicht psychologisch eine wirksame Vorsorge für die Zukunft verhindert. Weder freiwillige planmäßige Spartätigkeit noch Abschluß privater Versicherungen für Notfälle noch auch freiwillige Unterstützungen, auf die durch Beitritt zu einer gewerkschaftlichen Organisation Anwartschaft erworben wird, kommen in praktisch erheblichem Umfang in Betracht. Zu ihrer vom Arbeitnehmer selbstgewollten Verwirklichung fehlt es an der unentbehrlichen wirtschaftlichen Voraus-

setzung, daß dem Arbeitnehmer durch seinen verläßlich zu erwartenden Arbeitsverdienst ein erheblicher Spielraum über den laufenden — wenn auch irgendwelches physiologische Existenzminimum übersteigenden — Lebensstand hinaus eröffnet wäre. Mit dieser Tatsache rechnen bezeichnenderweise auch solche Vorschläge, die die bisherige deutsche Sozialpolitik als Irrweg ansehen und die Sozialversicherung mit ihren wesentlich zu unmittelbarem Verbrauch bestimmten Leistungen durch Ansammlung von Eigenkapital für den einzelnen Arbeitnehmer ersetzen wollen. Auch sie sehen einen öffentlichrechtlichen Sparzwang vor, dessen Durchführung sich verwaltungsmäßig nicht allzusehr von dem jetzigen Beitragseinzug unterscheiden dürfte. Bleibt der laufende Ertrag der Arbeit aus, so sieht der Arbeitnehmer sich auf armenrechtliche Fürsorge (jetzt nach der FürsPflV. vom 13. Februar 1924, RGBl. I S. 100) oder auf rechtswidrigen Erwerb angewiesen, wenn eben nicht eine Lohnergänzung eintritt, wie die Sozialversicherung sie in Gestalt bescheidener Einnahmen für die Zeit fehlenden Arbeitsentgelts sichert und wie auch jene Vorschläge sie als vorzeitige Ausreichungen aus dem Zwangssparkapital (wiederum unter verwaltungsmäßiger Prüfung der rechtlich geordneten Voraussetzungen) vorsehen. Die einzelwirtschaftliche Nützlichkeit der Sozialversicherungsleistungen für den Arbeitnehmer, sein Bedürfnis nach einer derartigen Einrichtung dürfte außer Frage stehen.

II. Zum Aufbau einer Sozialversicherung von Staats wegen hätten diese Erwägungen voraussichtlich nicht geführt, wenn nicht auch sozialpolitische Gründe sich ausgewirkt hätten. Die ersten erfolgreichen gesetzgeberischen Schritte und ihr Auftakt, die von BISMARCK veranlaßte Botschaft Kaiser Wilhelms I. vom 17. November 1881[1], fielen in die Zeit des sog. Sozialistengesetzes[2] und gingen von der Einsicht aus, „daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde". Abgesehen von dem besonderen politischen Anlaß jener Zeit führen allgemeine sozialpolitische Erwägungen dazu, in Gestalt einer Sozialversicherungseinrichtung „den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben", und damit auch „dem Vaterland neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens" zu schaffen. Mit Spannungen zwischen den verschiedenen Gruppen, Ständen, Klassen ist in jeder Gesellschaft zu rechnen; im kapitalistischen Maschinenzeitalter treten sie an der Arbeiterklasse besonders hervor. Den Ausgleich der Spannungen muß jede Gesellschaft und jeder Staat sich angelegen sein lassen, der nicht der Zersetzung preisgegeben sein will. Hinzu kommen Gedanken der Menschenliebe und der Gerechtigkeit, die namentlich in christlichen Anschauungen wurzeln. Innerhalb der Gesetzgebung, die die auf die Arbeiterfrage als das „soziale Problem" im hervortretenden Sinne gerichteten sozialreformerischen Ideen ausgelöst haben, spielt die Sozialversicherung eine wichtige Rolle. Ist sie doch nicht nur geeignet, den Arbeitnehmern eine Lohnergänzung für Zeiten ausbleibenden Arbeitsverdienstes zu bieten und sie damit innenpolitisch günstig zu beeinflussen (was schließlich auch außerhalb der Versicherungsform geschehen könnte), sondern zugleich durch Beteiligung an den Lasten und durch die gewählte Form genossenschaftlicher Selbstverwaltung die Versicherten zu verantwortlicher Teilnahme an den öffentlichen Angelegenheiten zu erziehen. Aus bloß hinzunehmender Fürsorge wird so ein selbsterworbener Anspruch und ein werbendes Gegenseitigkeitsverhältnis. Die Kaiserliche Botschaft weist darauf hin mit der Ankündigung, daß das Ver-

---

[1] Verlesen von BISMARCK bei Eröffnung der Reichstagssession, abgedruckt im Deutschen Reichsanzeiger Nr. 270 vom 17. November 1881, Hauptblatt. Urschrift in der Ausstellung im Hause des Reichsarbeitsministeriums.

[2] G. gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie vom 21. Oktober 1878 (RGBl. S. 351); die ursprünglich bis 31. März 1881 begrenzte Geltungsdauer wurde durch wiederholte Gesetze verlängert und lief am 30. September 1890 ab.

sicherungswerk „die Zusammenfassung" „der realen Kräfte des Volkslebens" „in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz", andrerseits aber auch „die Aufwendung erheblicher Mittel" erfordern werde. Zu diesen eigentlich sozialpolitischen Zielen kommen günstige Wirkungen der Sozialversicherung auf gesundheitlichem Gebiet: die Gewöhnung breiter Volksschichten an rechtzeitiges Aufsuchen des Arztes (Krankenpflege als Sachleistung!), die Hebung der Volksgesundheit und Hygiene, die erleichterte Vorbeugung gegen Massenerkrankungen. Auch die wirtschaftlich ausgleichenden, krisendämpfenden Wirkungen der Sozialversicherung sind nicht zu verkennen, wird doch einerseits in den vorgeschriebenen Rücklagen Kapital gebildet, andrerseits durch die Leistungen eine gewisse Kaufkraft aufrechterhalten und der Markt gestützt. Demgegenüber treffen die in ihrem Gewicht an sich nicht zu unterschätzenden Einwände, die Sozialversicherung lege den wirtschaftlichen Verhältnissen Zwang auf, sie unterbinde das Selbstverantwortungsgefühl der Versicherten für ihr wirtschaftliches Ergehen, sie wecke das Verlangen nach Gegenleistungen für die Beiträge und züchte eingebildete Krankheit, Rentenkampf und Rentenhysterie, nicht so sehr das Ob als das Wie der Einrichtung und vermögen das Bedürfnis nach sozialpolitischen Maßnahmen, auch in Richtung der Versicherung, nicht überzeugend zu widerlegen. Auch sollte man sich hüten, aus vereinzelten Mißständen (wie Krankheitsvortäuschung oder Arbeitsscheu), deren Umfang nicht nachgewiesen ist, verallgemeinernde Schlüsse zu ziehen und damit die Ehrenhaftigkeit breiter Volkskreise anzuzweifeln.

III. Widerständen begegnet die Sozialversicherung in manchen Arbeitgeberkreisen. Allerdings liegen die Dinge auf seiten des Arbeitgebers (Unternehmers wie Kapitalisten) nicht so eindeutig wie beim Arbeitnehmer. Die unmittelbar greifbaren Vorteile für ihn sind gering. Das Bestehen der Sozialversicherung entlastet ihn in der bürgerlichrechtlichen Fürsorgepflicht bei Erkrankung des Arbeitnehmers (§ 617 Abs. 2 BGB., aber § 616 BGB., § 63 HGB., § 133c GewO., § 189 Abs. 1 RVO.) und nimmt ihm für die Masse der Betriebsunfälle und Berufskrankheiten die Haftung ab (§ 898 RVO.); die soziale Unfallversicherung in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung kann geradezu als Versicherung auch der Unternehmer gegen Haftung für Betriebspersonenschäden angesprochen werden. Mittelbar sichert die Sozialversicherung dem Arbeitgeber gesündere, leistungsfähigere und leistungswilligere Arbeitnehmer. Diesen Vorteilen steht die für den Arbeitgeber erhebliche, in der Unfallversicherung ihn allein treffende Beitragslast gegenüber. Indessen drückt der Schlüssel, nach dem rechtlich die Beitragsteile von Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhoben werden, keineswegs auch die endgültige wirtschaftliche Verteilung der Lasten aus, die wissenschaftlich überhaupt kaum festzustellen ist. Nimmt man an, daß der Wert der Beiträge auch ohne die Sozialversicherung den Arbeitnehmern in anderer Form zur Deckung derjenigen Bedürfnisse zugewendet werden müßte, die heute aus den Versicherungsleistungen bestritten werden, so wäre dafür die einfachste Form die Zahlung als Lohn. Da die Arbeitnehmer neben Versicherungsbeiträgen und -leistungen (und Steuerabzügen) wohl immer die unmittelbare Zahlung eines gewissen freien Betrages durchsetzen werden, kommt den Zwangsbeiträgen eine Wirkung als relative Mindestlohnregelung zu. Insofern behindert die Sozialversicherung die Arbeitgeber in ihrer privatwirtschaftlichen Entschließung. Abgesehen davon, ob dieser etwaige Nachteil volkswirtschaftlich durch andere Wirkungen ausgeglichen wird, kommt es letzten Endes nicht auf die rein wirtschaftliche Beurteilung der Sozialversicherung, sondern auf ihre gesellschaftliche Wirkung im ganzen an. Nicht so sehr die Frage, ob die Beitragslast von dem einen Teile der Wirtschaft getragen werden kann, entscheidet über den Wert der Sozialversicherung, sondern die, ob diese Form der Verwendung wirtschaftlicher Mittel, die ja dabei dem Umlauf nicht entzogen und die der inländischen Volkswirtschaft erhalten bleiben, für das Allgemeinwohl am günstigsten ist.

IV. Für die wirtschaftliche Bedeutung der Sozialversicherung mögen einige statistische Angaben einen Anhalt geben. Sie sind aus der Statistik der Sozialversicherung 1929 mit einem Blick auf das Jahr 1930 (Beilage zu AN. 1930 Nr. 12) entnommen.

1929 (Ende)	Kranken-versicherung	Unfall-versicherung	Invaliden-versicherung	Angestellten-versicherung	zusammen
Versicherte	20956000	23966000	18000000	3400000	—
Rentenempfänger	—	1025293	3249407	187895	—
Träger	7362	647	35	1	über 8000
					für alle Zweige
Beitragseinnahmen (in Millionen RM)	2058½	406⅓	1092	372⅓	4991
Gesamtausgaben (in Millionen RM)	2008½	410¾	931	161	5010[1]
Vermögen (in Millionen RM)	800	314⅔	1582	1310⅓	4190

[1] Ohne Arbeitslosenversicherung 3743.

Die Beiträge, in Hundertteilen des Nominallohnes, betrugen durchschnittlich etwa

zur	im Mai 1931			1914
	Arbeitnehmeranteil	Arbeitgeberanteil	zusammen	zusammen
Krankenversicherung	4	2	6	3,9
Unfallversicherung	—	3	3	2
Invalidenversicherung	2	2	4	2
Arbeitslosenversicherung	3¼	3¼	6½	—
zusammen	9¼	10¼	19½	7,9

§ 2. Rechtliches Wesen, systematische Stellung und technische Leitgedanken der deutschen Sozialversicherung.

I. Mit dem rechtlichen Wesen der gemeinhin als „Sozialversicherung" zusammenfassend bezeichneten Gebilde hat die Rechtslehre sich vielfach beschäftigt. Zutreffend ist sie davon ausgegangen, daß es sich bei der Sozialversicherung um ein einheitliches Gebiet handelt, das nicht nur in einer besonderen Gruppe von Rechtsquellen äußerlich zusammengefaßt, sondern auch geschichtlich „aus einem einheitlichen Gedanken heraus geboren"[1], einer in sich geschlossenen und noch fortwirkenden gesetzgeberischen Idee entsprungen ist. Vorwissenschaftliche Betrachtung weiß sehr sicher dieses Gebiet von anderen abzugrenzen. Einheitliche rechtswissenschaftliche Begriffsbestimmung und Wesenserfassung ist deshalb ein Denkbedürfnis. Die Einheitlichkeit des Begriffs Sozialversicherung schließt freilich nicht aus, daß in Aufbau und Getriebe der Erscheinung Dinge mit unterfließen, auch in den Sozialversicherungsgesetzen mit geregelt werden, die durch den auf den Kern der Sache gestellten Begriff nicht gedeckt werden. Auch die Darstellung des Sozialversicherungsrechts kann solche Randgebilde nicht ausweisen.

1. Zur Würdigung des älteren Schrifttums genügt es, die beiden Hauptansichten herauszugreifen, die in der Sozialversicherung eine eigentliche Versicherung im Rechtssinn erblicken oder sie als öffentlichrechtliche Fürsorge erklären wollen, während vermittelnde und in sich uneinheitliche Konstruktionen beiseite bleiben können. Anzunehmen, daß es sich um eine Versicherung auch im Rechtssinne handle, war den frühesten Theoretikern der Sozialversicherung[2] durch die Titel der Gesetze

[1] Kaskel-Sitzler: Grundriß des sozialen Versicherungsrechts 1912, S. 37 oben.

[2] Hauptvertreter der privatrechtlichen Richtung Häpe, der publizistischen Richtung Piloty, Georg Meyer, in Zwischenstellung Menzel.

nahegelegt. Folgerichtig versuchte ein Teil von ihnen, die neue Rechtseinrichtung bürgerlichrechtlich zu erklären. Die Rechtsverhältnisse der Sozialversicherung lassen sich jedoch nach keiner Unterscheidungslehre dem Privatrechte zuweisen; das offensichtliche Fehlen jeder vertraglichen Grundlage (selbst bei den Beziehungen, die als „freiwillige Versicherung" zusammengefaßt werden), die Verwendung besonderer juristischer Personen des öffentlichen Rechts als Versicherungsträger, das Gesamtbild spricht deutlich für das Vorliegen öffentlichen Rechts. Diese Erkenntnis hat sich denn auch zeitig und allgemein durchgesetzt. Trotzdem hielt man an der Versicherungstheorie fest. Bei ihrer Prüfung ist auszugehen von dem an der Privatversicherung entwickelten, bei Schaffung und Untersuchung der Sozialversicherung vorliegenden, wenn auch umstrittenen Rechtsbegriff der Versicherung. Bezeichnenderweise ist dieser nicht auf die Versicherung als Einrichtung, sondern nur auf den Versicherungsvertrag zugeschnitten gewesen, so auch noch in dem in diese Enzyklopädie übernommenen Bestimmungsversuch von Victor Ehrenberg[1]. Sieht man von der Vertragsgrundlage füglich ab, so stellt eine Versicherung sich danach dar als ein selbständiges, entgeltliches (gegenseitiges) Rechtsverhältnis, durch das der eine Teil (Versicherer) zur Deckung zufälligen und ungewissen, aber schätzbaren Vermögensbedarfs eines Anderen verpflichtet ist; überdies ist planmäßiger Geschäftsbetrieb des Versicherers zu fordern. Von diesen Merkmalen fehlt in der Sozialversicherung die Entgeltlichkeit, das Synallagma zwischen Leistung und Gegenleistung. Nicht nur bleibt das Wagnis des Einzelfalles fast ganz unberücksichtigt, wird der Beitrag viel mehr nach der Leistungsfähigkeit des Versicherten oder des sonst Pflichtigen als nach der Größe der Gefahr bemessen, sondern es kommt (von allerdings erheblichen, aber für die Gesamterscheinung nicht ausschlaggebenden Ausnahmen, hauptsächlich in der eigentlichen Renten- und der Arbeitslosenversicherung, abgesehen) für die Gewährung der Sozialversicherungsleistungen überhaupt nicht darauf an, ob für den Empfänger Beiträge entrichtet worden sind. Die Leistungen werden nicht um der Beiträge willen geschuldet, sondern sind Gegenstand einer einseitigen Verpflichtung, die von Gesetzes wegen beim Eintritt des Versicherungsfalles aus der Zugehörigkeit des Versicherten zur Organisation des Versicherungsträgers hervorwächst. Dem Rechtscharakter der Einrichtung als Versicherung widerstreitet ferner, daß Leistungen auch für solche Versicherungsfälle geschuldet werden, die beim Eintritt des Empfängers in die Sozialversicherung schon vorhanden sind und über die auch keine Ungewißheit besteht. Ist demnach die Sozialversicherung rechtlich keine Versicherung im herkömmlichen Sinne, so ist damit nicht ausgeschlossen, daß ein neuerer Rechtsbegriff gebildet wird, der neben der Privatversicherung — oder, wie neuerdings von Manes[2] vorgeschlagen wird, „Individualversicherung" — auch die Sozialversicherung umgreift. Die Nützlichkeit derartiger Versuche mag dahingestellt bleiben. Bezweifelt werden muß aber, daß ein solcher Versuch schon geglückt sei. Denn wenn Manes[3] als Versicherung im Rechtssinn ansieht: jedes entgeltliche Rechtsverhältnis, in dem der eine Teil zwecks Deckung eines künftigen Geldbedarfs sich von dem anderen, solche Rechtsverhältnisse planmäßig im großen eingehenden Teil, für einen irgendwie zufälligen Ereignisfall oder Zeitpunkt eine Leistung versprechen läßt — so fehlt es in der deutschen Sozialversicherung eben außer an dem auf einen Vertrag hinweisenden Versprechenlassen an der Entgeltlichkeit im juristischen Sinne des Synallagma (an der rémunération Hémards) und an der durchgehenden Zufälligkeit oder Ungewißheit des Ereignisses. Auch darf nicht übersehen werden, daß die Sozialversicherung nicht lediglich darauf ausgeht, Schäden zu vergüten, sondern auch sie zu heilen (was mit dem herkömmlichen Begriff der Versicherung wohl noch verträglich wäre), darüber hinaus

[1] Privatversicherungsrecht. Enzykl. **13**, S. 3 (1923).
[2] Versicherungswesen, **1**, 5. Aufl., S. 13 (1930).
[3] A. a. O. S. 11; ferner Hémard: Les Assurances terrestres **1**, 73 (1924).

aber Schäden zu verhüten — eine der Versicherung im Rechtssinne fremde Zielsetzung. Wenn mehr und mehr auch Privatversicherungseinrichtungen schadenwehrend vorgehen, so beweist das nichts für den rechtlichen Versicherungscharakter der Sozialversicherung, sondern nur für den Wandel des Sachverhalts auch auf der anderen Seite. Das rechtliche Wesen der Sozialversicherung ist mit dem Versicherungsbegriff nicht zu fassen. Daß trotzdem die Bezeichnung der ganzen Einrichtung nicht völlig falsch ist, ergibt sich aus ihrer wirtschaftlichen Gestaltung (§ 2, III, 1).

2. Die Lehre, die in der Sozialversicherung eine öffentlichrechtliche Fürsorge erblickt[1], hebt zutreffend den rein publizistischen Charakter der untersuchten Rechtsverhältnisse und das Fehlen eines eigentlichen Synallagma zwischen Beitragszahlung und Leistungsanspruch hervor. Bedenklich ist, daß sie beide Rechtsbeziehungen als ganz voneinander unabhängig ansieht, während sie doch von einem einheitlichen organisatorischen Rechtsverhältnis überdacht sind. Zu unbestimmt ist die Kennzeichnung der Sozialversicherung, genauer der Leistungsgewährung, als Fürsorge. Wenn mit diesem Ausdruck nur darauf hingewiesen werden soll, daß es sich um ein Stück jenes Rechtsgebietes handelt, das innerhalb des Verwaltungsrechts dem Polizeirecht entgegengesetzt und vielfach als Wohlfahrtspflege bezeichnet wird, so ist das richtig; dieses Gebiet ist aber mit der Sozialversicherung auch für das Arbeitsrecht nicht erschöpft, so daß die Besonderheit der gerade hier vorliegenden Fürsorge noch anzugeben bleibt. Soll aber der Ausdruck jenen zugespitzten Sinn haben, der ihm in der Verwaltungsrechtslehre gern beigelegt wird und der auf das Fehlen eines Rechtsanspruches des Fürsorgeempfängers, mithin auf die rechtliche Behandlung des fürsorgebedürftigen Menschen als bloßes Objekt weist, so ist er für die Sozialversicherung mit ihren sorgfältig ausgebauten Leistungsansprüchen fehl am Ort[2].

3. Auf eine neue Grundlage hat KASKEL die Erörterung über das rechtliche Wesen der Sozialversicherung gestellt, das er erblickt in der „Einräumung eines gegen den Staat gerichteten subjektiven öffentlichen Rechts auf Entschädigung an die Angehörigen bestimmter sozialer Bevölkerungsklassen beim Eintritt bestimmter schädigender Ereignisse"[3]. Im Mittelpunkte steht bei ihm der Entschädigungsanspruch. Mit der Betonung der rechtlichen Durchbildung des Leistungsverhältnisses trifft KASKEL etwas Richtiges und gegenüber der damaligen Gestaltung der Armenpflege Bemerkenswertes, aber nichts der Sozialversicherung allein Eigentümliches. Wenn er „das der gesamten sozialen Versicherung gemeinsame Merkmal nicht auf der Schuldnerseite, sondern auf der Gläubigerseite" sucht und sagt, daß die Entschädigungsberechtigung „für die gesamte soziale Versicherung in den rechtlichen Grundlagen einheitlich gestaltet" ist, so wird eine an sich zutreffende Erkenntnis einseitig übersteigert. Unzutreffend ist, daß der Entschädigungsanspruch gegen den Staat gerichtet sei. Aus den programmatischen Bekundungen der Kaiserlichen Botschaft, auf die KASKEL sich beruft, läßt sich ein positiver Rechtsanspruch überhaupt nicht ableiten und ebensowenig ein bestimmter Schuldner feststellen. Positivrechtlich sind zur verwaltungsmäßigen Durchführung der Sozialversicherung die Versicherungsträger als besondere juristische Personen des öffentlichen Rechts geschaffen, und nur gegen sie richtet sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen. Real und theoretisch falsch ist es, zu sagen, daß dieser Anspruch „an die Angehörigen bestimmter sozialer Bevölkerungsklassen" eingeräumt sei, und eine „Versicherungsfähigkeit" als Sonderart der Rechtsfähigkeit zu konstruieren. Der Kreis der in die Sozialversicherung einbezogenen Personen deckt sich nicht mit dem Umfang irgendwelcher vorjuristisch vorhandener gesellschaftlicher Klassen. KASKEL grenzt seine „arbeitenden Bevölkerungsklassen" vielmehr erst an Hand des positiven Rechtes ab und kommt somit zu einer Tautologie — ein Fehler, den er wiederholt, wenn er das Arbeitsrecht bestimmt als „Sonderrecht aller der Berufsstände, die berufsmäßig auf Grund von Arbeitsverträgen Lohnarbeit verrichten"[4]. Die Gesetze knüpfen den Eintritt des Versicherungsverhältnisses wie die sonstigen arbeitsrechtlichen Rechtsfolgen lediglich an bestimmte Tatbestände und nicht an außerhalb des sachlichen Tatbestandes liegende persönliche Merkmale; ein Sonderrecht, dessen Schaffung nach Art. 109 Abs. 1 RV. unzulässig, aus sonstigen Gründen unerwünscht wäre und dessen Vorhandensein rechtsdogmatisch nicht

---

[1] Hauptvertreter: ROSIN, LABAND.

[2] Daß die Leistungen der Sozialversicherung „keine öffentlichen Armenunterstützungen" sind, ist in § 118 RVO., § 90 AVG., § 223 RKnG. ausgesprochen; in § 203 ArblVG. heißt es, daß Leistungen nach diesem Gesetz „keine Leistungen der öffentlichen Fürsorge" sind. Diese Schutzformeln haben nach der neueren Entwicklung des Armenpflegerechts nur noch geringe Bedeutung, insbesondere seit die ehrenschmälernden Rechtswirkungen des Unterstützungsempfanges weggefallen sind und die V. über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 (RGBl. I, S. 100) auch den Hilfsbedürftigen ein (allerdings noch bestrittenes) subjektives öffentliches Recht auf die Fürsorge eingeräumt hat. Der Unterschied in der Rechtslage des Leistungsempfängers ergibt sich nur noch aus der Rückerstattungspflicht des § 25 und den besonderen Rechtsfolgen der §§ 19ff. FürsPflV., was § 203 Satz 2 ArblVG. hervorhebt.

[3] KASKEL-SITZLER: Grundriß S. 37ff.

[4] KASKEL: Arbeitsrecht. Enzykl. **31**, 3. Aufl., S. 2 (1928).

ohne Not angenommen werden sollte, liegt nicht vor. Nicht bedenkenfrei ist endlich, daß KASKEL als Gegenstand des dem Versicherten eingeräumten Anspruchs eine Entschädigung und als Voraussetzung den Eintritt bestimmter schädigender Ereignisse bezeichnet. Denn abgesehen von den vorbeugenden Maßnahmen der Sozialversicherung kommt es für die Gewährung der Versicherungsleistungen im Einzelfalle nicht darauf an, ob durch den zum Versicherungsfall erhobenen „Wechselfall des Lebens" (Art. 161 RV.) wirklich ein Schaden entstanden ist, und bei der Bemessung der einzelnen Leistung bleibt das genaue Maß des gerade hier entstandenen Schadens allermeist außer Betracht. Das wird auch von KASKEL nicht verkannt, wie sich aus den Erläuterungen zur rechtlichen Natur der Entschädigung ergibt; dann wird aber besser auf den unscharfen Ausdruck Entschädigung für die Leistungen der Sozialversicherung verzichtet.

4. Den Bedenken gegen die bisherigen Lehren trägt ERWIN JACOBI Rechnung, der 1927[1] die Sozialversicherung juristisch zu bestimmen versucht hat als „die auf besondere öffentliche juristische Personen (die Versicherungsträger) übertragene verwaltungsmäßige Fürsorge für Arbeitnehmer und ihnen gleichgestellte Personen (die Versicherten) beim Eintritt bestimmter Lebensumstände (sog. Versicherungsfälle) unter Begründung besonderer öffentlichrechtlicher Gewaltverhältnisse zwischen Versicherten und Versicherungsträgern, Einräumung subjektiver öffentlicher Rechte an die Versicherten auf die Leistungen der Versicherungsträger und Beteiligung der Versicherten oder ihrer Arbeitgeber oder beider an der Aufbringung der Mittel". Zutreffend hebt JACOBI als wesentlich hervor, „daß die dem Versicherten beim Eintritt bestimmter Lebensumstände zu leistende verwaltungsmäßige Fürsorge besonderen zu diesem Zweck ins Leben gerufenen öffentlichen juristischen Personen, den Versicherungsträgern, übertragen ist"[2]. Die Begriffsbestimmung verzeichnet auch richtig drei verschiedene zwischen diesen Trägern und den beteiligten Privatpersonen entstehende Rechtsbeziehungen: besondere Gewaltverhältnisse des öffentlichen Rechts (mit einer kleinen Neigung zu ihrer Überschätzung und unter Beiseitelassung der Arbeitgeber, die ebenfalls solchen Gewaltverhältnissen unterstellt sind), subjektive öffentliche Rechte auf die Leistungen, Beteiligung an der Aufbringung der Mittel. Nicht berücksichtigt ist in der Formel (teilweise jedoch in den vorausgeschickten Erörterungen) das organisatorische Rechtsverhältnis, in dem in allen Zweigen der deutschen Sozialversicherung die Versicherten mit Abstufungen, als Mitglieder oder Angehörige, zum Versicherungsträger stehen und auf seine Verwaltung Einfluß haben.

5. Dieser Zug von Selbstverwaltung, der bereits in der Kaiserlichen Botschaft angelegt war, sollte für das Verständnis der Sozialversicherungseinrichtung nicht übersehen werden. Er verdeutlicht die Erziehungsaufgabe, die über die obrigkeitliche Fürsorge hinaus hier gesetzt ist. Er zeigt, wie die Versicherungsträger sich dem Gefüge des demokratischen Staates wesensgleich einpassen. Er gibt kraft Verfassungsprogramm den rechtspolitischen Maßstab für den Entwicklungsstand des Sozialversicherungsrechtes. Rechtsgeschichtlich sind die Versicherungsträger der erste Versuch des neueren deutschen Rechts zu einer umfassenden Organisation von unten herauf. Rechtsdogmatisch ermöglicht das selbstverwaltungsmäßige Mitgliedsschafts- und Angehörigkeitsverhältnis die einheitliche Erklärung der ganzen Sozialversicherungserscheinung aus einem Rechtsverhältnis heraus. Es ist der Organismus, das Rechtsgrundsverhältnis[3], aus dem Wahl- und sonstige Mitwirkungsrechte, Beitragspflichten und Leistungsansprüche sich entfalten und das auch die besonderen Gewaltverhältnisse trägt. Die Durchführbarkeit dieses Erklärungsversuches muß die folgende Darstellung nachweisen, in der auch die einzelnen Begriffsmerkmale ihre Erläuterung finden. Wenn schon jetzt eine formulierte Begriffsbestimmung aufgestellt werden soll, so muß sie — in Weiterbildung der Formel JACOBIS — lauten: Sozialversicherung ist diejenige verwaltungsmäßige Fürsorge für Arbeitnehmer und ihnen gleichgestellte Menschen (Versicherte), die auf besondere, selbstverwaltungsmäßig gebildete Personen des öffentlichen Rechts (Versicherungsträger) übertragen ist unter Begründung organisatorischer Rechtsverhältnisse zwischen den Versicherten und ihren Arbeitgebern als Mitgliedern oder Angehörigen und den Versicherungsträgern, woraus sich Mitwirkungsrechte der Mitglieder oder Angehörigen, Pflichten der Versicherten oder ihrer Arbeitgeber oder beider zur Beteiligung an der Aufbringung der

[1] Grundlehren des Arbeitsrechts S. 441f. [2] a. a. O. S. 440.
[3] SIBER in Plancks Kommentar zum BGB. 2, 1, 4. Aufl., S. 4ff. (1914).

Mittel, subjektive öffentliche Rechte der Versicherten auf Leistungen der Versicherungsträger beim Eintritt bestimmter Wechselfälle des Lebens (Versicherungsfälle) und besondere öffentlichrechtliche Gewaltverhältnisse zwischen Mitgliedern oder Angehörigen und Versicherungsträgern ergeben.

II. Die systematische Stellung des Sozialversicherungsrechts bedarf der Festlegung im Hinblick auf die beiden Haupteinteilungen, die das Rechtsganze durchlaufen: die Einteilung in öffentliches und bürgerliches Recht und die in Personenrecht, Arbeitsrecht und Vermögensrecht.

1. Daß die Sozialversicherung durch öffentliches Recht geregelt ist, wurde bereits erwähnt und ist in Schrifttum und Rechtsprechung heute unbestritten. Der publizistische Charakter des Sozialversicherungsrechts ergibt sich eindeutig daraus, daß innerhalb desselben an sämtlichen wichtigen Rechtsverhältnissen — vor allem dem organisatorischen, dem Beitrags- und dem Leistungsverhältnis — Personen des öffentlichen Rechts, Träger öffentlicher Gewalt als solche beteiligt sind, und zwar hauptsächlich die auf Grund der Sozialversicherungsgesetze als öffentlichrechtliche juristische Personen errichteten Versicherungsträger, darüber hinaus aber in der Aufsicht über diese und im Streitverfahren der Staat. Privatrechtliche Beziehungen der Träger kommen zwar vor, namentlich zu den Ärzten, die bei Erbringung der Leistungen benötigt werden, und zu den eigenen Arbeitnehmern (s. §§ 32, 33), sind aber für den Gesamtcharakter des Sozialversicherungsrechts ohne Bedeutung.

Innerhalb des öffentlichen Rechts gehört die Sozialversicherung zum Verwaltungsrecht, innerhalb dieses Gebiets vorwiegend zum Recht der Wohlfahrtspflege, teilweise zum Finanzrecht, nicht zum Polizeirecht. Innerhalb der Wohlfahrtspflege unterscheidet sie sich durch besondere Merkmale (§ 2, I, 4/5) von der eigentlichen, anspruchslosen Fürsorge, von der individuellen Fürsorge nach der FürsPflV. und von der Versorgung, wie sie insbesondere durch das Reichsversorgungsgesetz entwickelt worden ist. In den Versorgungsgesetzen ist gewissen Gruppen von Bedürftigen beim Vorliegen typischer Tatbestände ein Rechtsanspruch auf Leistungen eingeräumt, die denen der Sozialversicherung ähnlich gestaltet sind. Der Versorgungsanspruch richtet sich aber gegen den Staat selbst, nicht gegen besondere Träger. Er findet seine innere Rechtfertigung in dem, was der Versorgungsberechtigte (meist Kriegsopfer) für das deutsche Volk geleistet hat. Er wird befriedigt aus allgemeinen Steuermitteln, nicht aus Beiträgen der Beteiligten. Eine Selbstverwaltung wie die Sozialversicherung kennt die Versorgung nicht.

2. Scheidet man nach den geregelten Tatbeständen Personenrecht, Arbeitsrecht und Vermögensrecht und versteht man unter Arbeitsrecht die Rechtssätze, die an den Tatbestand, daß ein rechtsfähiger Mensch an ihm fremden Arbeitsgegenständen außerhalb ohnehin bestehender persönlicher Abhängigkeit zeitgebunden arbeitet, Rechtsfolgen knüpfen, so gehört das Sozialversicherungsrecht zum Arbeitsrecht. Weitaus in der Mehrzahl der Fälle sind die Personen, die in die Sozialversicherung als Versicherte einbezogen werden, Arbeitnehmer, und sie werden um eben dieses Umstandes willen, wegen des in ihrer Person verwirklichten Arbeitstatbestandes von der Versicherung erfaßt. An den Eintritt in ein Arbeitsverhältnis knüpft sich das Versichertsein als gesetzliche Folge wie die Anwendbarkeit der Regeln über den Arbeitsvertrag oder die Tarifunterworfenheit. Auf dem arbeitsrechtlichen Teilgebiet Sozialversicherung ist die Bedeutung des Arbeitstatbestandes, den man hier gewöhnlich als Beschäftigungsverhältnis bezeichnet, zuerst erkannt worden. Auch wo andere Personen als die Versicherten selbst für die Sozialversicherung organisatorisch und zu Beiträgen herangezogen werden, ist der Arbeitstatbestand ausschlaggebend, denn insoweit handelt es sich um die Arbeitgeber der versicherten Arbeitnehmer. Die Reichweite der Sozialversicherung ist freilich durch den gegenwärtig verwirklichten Arbeitstatbestand nicht vollständig abgegrenzt; trotz seines Vorliegens bleiben manche Gruppen von Arbeitnehmern außerhalb der Versicherung, und andere Menschen sind einbezogen, obwohl bei ihnen jenes Merkmal nicht vorliegt. Vielfach hat es dann in der Vergangenheit bestanden (Rentenempfänger, freiwillig Weiterversicherte); in verhältnismäßig seltenen Fällen wird ein Sozial-

versicherungsverhältnis ohne jeden Bezug auf ein Arbeitsverhältnis begründet. Bei der Einordnung der Sozialversicherung in das Rechtssystem muß aber auf den Kern der Erscheinung abgestellt werden. Die Ausnahmen können dafür um so weniger bestimmend sein, als das positive Arbeitsrecht auch sonst gegenüber der mit Hilfe des Arbeitstatbestandes gefundenen begrifflichen Abgrenzung Ausweitungen und Einschränkungen aufweist und als die Abweichungen des Sozialversicherungsrechts sich vielfach mit denen sonstiger arbeitsrechtlicher Gesetze decken (Hausgewerbetreibende bez. Hausarbeiter, leitende und hochbezahlte Angestellte).

Innerhalb des Arbeitsrechts bildet die Sozialversicherung ein verhältnismäßig selbständiges Teilgebiet. Es gehört in das Grundverhältnis der Arbeitnehmer und Arbeitgeber zum Staat und den sonstigen Trägern öffentlicher Gewalt und ist eine Untergruppe des Rechts der Wohlfahrtspflege innerhalb des Arbeitsverwaltungsrechts. Daß es von den meisten Gesamtdarstellungen des Arbeitsrechts[1] ausgeschlossen wird, erklärt sich aus seinem Umfang und der Überfülle der heranzuziehenden Rechtsquellen, ist aber wegen der eintretenden Zerreißung des Rechtsbildes sehr zu bedauern.

Eine Sonderfrage der Rechtseinteilung ergibt sich aus der neuartigen Verbindung, in die das G. über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung seit 1927 die beiden in seinem Titel bezeichneten Teilgebiete gebracht hat. Bis dahin war man gewohnt, die Arbeitsbeschaffung dem Recht der Arbeitnehmerfürsorge zuzurechnen. Nach der Übertragung der verwaltungsmäßigen Durchführung des Hauptteils dieser Aufgabe auf einen Versicherungsträger wäre es vielleicht berechtigt, das so behandelte Stück Arbeitsverwaltung der Sozialversicherung zuzurechnen, um so mehr als auch hierfür Selbstverwaltungsrechte der Beteiligten bestehen, die Finanzierung der Veranstaltung durch Beiträge Platz greift, besondere öffentlichrechtliche Gewaltverhältnisse der Benutzer von Arbeitsvermittlung und Berufsberatung zum Träger entstehen und als es auch nicht ausgeschlossen ist, einen Rechtsanspruch auf ordnungsmäßige Durchführung der Vermittlung und Beratung als gegeben anzusehen. Praktisch empfiehlt es sich aber, eine Sonderdarstellung der Sozialversicherung auf deren unbestrittenen Bereich zu beschränken. Das ist hier auch dadurch geboten, daß die Arbeitsbeschaffung in dieser Enzyklopädie bereits dargestellt ist[2].

III. Das Verständnis für die Sozialversicherung und ihre Einzelheiten wird erleichtert, wenn man sich die technischen Leitgedanken vergegenwärtigt, die den geltenden Gesetzen zugrunde liegen. Dabei handelt es sich nicht nur um die verwendeten Rechtsformen, sondern ebensosehr um die wirtschaftlichen Vorstellungen und die politischen Absichten, von denen die Gesetzgebung ausgeht.

1. Trotzdem die Sozialversicherung im Rechtssinne keine Versicherung ist, führt sie ihren gesetzlichen Namen nicht völlig ohne Grund. Wirtschaftlich nämlich ist ihr Aufbau von den gleichen oder doch sehr ähnlichen Gedanken beherrscht, wie die eigentliche Versicherung. Unter Versicherungen im wirtschaftlichen Sinne versteht die herrschende Bedarfstheorie[3] auf Gegenseitigkeit beruhende wirtschaftliche Veranstaltungen zwecks Deckung zufälligen schätzbaren Vermögensbedarfs. Daß die Sozialversicherung hierher zu rechnen ist, wird im Versicherungsschrifttum fast durchweg angenommen. In der Tat treffen die wirtschaftlichen Merkmale einer Versicherung auf die Sozialversicherung zu. Die Gesetzgebung darüber war von jeher (Kaiserliche Botschaft) und ist noch heute (Art. 161 RV.) von der Grundvorstellung beherrscht, daß zur Erreichung des gesteckten sozialpolitischen Zieles eine Versicherung geschaffen werden solle. Insbesondere sind zur Aufbringung der Leistungen,

[1] Auch in dieser Enzyklopädie: KASKEL: Arbeitsrecht, s. dort S. 5. Bei LUTZ RICHTER: Grundverhältnisse des Arbeitsrechts **1928**, S. 117ff., ist ein Abriß des Sozialversicherungsrechts in die einführende Darstellung des Arbeitsrechts einbezogen.

[2] KASKEL: Arbeitsrecht S. 89ff.

[3] HERRMANNSDORFER: Versicherungswesen, Enzykl. **43**, S. 3 (1928) nach MANES' älterer Fassung. Wenn MANES neuerdings (Versicherungswesen, **1**, 5. Aufl. S. 2, Versicherungslexikon, 3. Aufl., Art. Begriff) formelt: „Versicherung ist gegenseitige Deckung zufälligen schätzbaren Geldbedarfs zahlreicher gleichartig bedrohter Wirtschaften", so bedeutet diese Fassung nach seinem eigenen Zeugnis keine sachliche Änderung gegenüber der früheren, die wegen ihrer größeren Anschaulichkeit und besseren Verwendbarkeit zu juristischen Lehrzwecken im Text beibehalten wird.

die den Beteiligten gegebenenfalls zukommen sollen, Gefahrengemeinschaften gebildet, innerhalb deren sich der Gesamtbedarf an Leistungen und das Gesamtaufkommen an Beiträgen ausgleichen, wobei von den nur ausnahmsweise vorgesehenen Zuschüssen aus anderen öffentlichen Mitteln als unwesentlich abgesehen werden kann. Trotz des Fehlens eines rechtlichen Synallagma zwischen den für den einzelnen Versicherten geleisteten Beiträgen und seinen Leistungsansprüchen besteht aufs ganze gesehen eine wirtschaftliche Gegenseitigkeit, wie sie der Idee jeder Versicherung zugrunde liegt. Daß dabei vielfach nicht die Versicherten selbst, sondern zum Teil oder ganz ihre Arbeitgeber zu Beiträgen herangezogen werden, tut der versicherungsmäßigen Gegenseitigkeit in der Risikogemeinschaft um so weniger Abbruch, als ja auch sonst Versicherter und Versicherungsnehmer auseinanderfallen können. Die für die Sozialversicherung bestehenden Gefahrengemeinschaften gleichen auch in feineren Zügen denen sonstiger Versicherungen. Auch bei ihnen ist ein gewisses Mindestmaß einerseits von Ungleichheit, andrerseits von Gleichheit der einzelnen Wagnisse vorausgesetzt. Darin kommen die Merkmale der Zufälligkeit oder Ungewißheit und der Schätzbarkeit des Bedarfs zur Auswirkung. Die versicherungswirtschaftlich angemessene Abgrenzung der Gefahrengemeinschaften ist einer der Gründe für die getrennte Schaffung der mehreren Versicherungszweige und für das Nebeneinander vieler Versicherungsträger. Der Durchgestaltung der Gefahrengemeinschaften, der Leistungen und der Beiträge liegen versicherungsrechnerische Erwägungen zugrunde, wenn auch nicht alle Versicherungsfälle der Sozialversicherung statistisch und rechnerisch so genau erfaßbar sind wie etwa die Wagnisse der Lebensversicherung — auch die Schadenversicherung weist ja in dieser Beziehung Unsicherheiten auf. Abweichungen der Sozialversicherung von der strengen Technik der Privatversicherung ergeben sich erst in verhältnismäßig untergeordneten Einzelheiten, am auffälligsten in der Gewährung von Leistungen für von vornherein gewisse Schäden und ohne vorausgehende Beitragsentrichtung, darüber hinaus in einer generalisierenden Handhabung der Wagnisberechnung. Während aber solche Erscheinungen es ausschließen, die Sozialversicherung rechtlich als Versicherung zu bewerten, verdecken sie doch nicht den wirtschaftlichen Versicherungscharakter der Einrichtung.

Dem Versicherungsgedanken entspricht es, daß die Sozialversicherung zu einer besonderen Veranstaltung gemacht und für Verwaltung und Finanzgebarung vom Staat abgespalten ist. Ihre Durchführung ist mit geringen Ausnahmen den Versicherungsträgern übertragen, wodurch wirtschaftlich eine Sonderung zwischen den allgemeinen, zumal aus Steuern fließenden Staatsmitteln und den Versicherungsvermögen erreicht ist. Die Unabhängigkeit der Sozialversicherung von den allgemeinen Staatsfinanzen ist bedeutungsvoll in wirtschaftlichen Krisenzeiten (Gegenbeispiel Arbeitslosenversicherung, in der die Sonderung am wenigsten durchgeführt ist; die ganz außergewöhnlichen Verhältnisse des Währungsverfalls, der auch die wirtschaftliche Grundlage der Sozialversicherung erschütterte, beweisen nichts gegen den Trennungsgrundsatz) und im außenpolitischen Verkehr (wie die Behandlung der Versicherungsträger bei der rechtlichen Abwicklung des Weltkrieges zeigt). Rechtlich deckt sich mit dem Versicherungsgedanken die (freilich auch bei andersartigem Aufbau mögliche) Einräumung von Rechtsansprüchen auf die Leistungen an die Versicherten; diese Rechtsansprüche erfahren dadurch, daß sie nicht gegen den Staat selbst, sondern gegen ihm untergeordnete Rechtssubjekte gerichtet sind, eine innerliche Verstärkung, weil so eine volle unparteiische staatliche Rechtsprechung darüber möglich wird.

Endlich entspricht dem Versicherungsgedanken die Heranziehung der Beteiligten zur Aufbringung der erforderlichen Mittel. Die Beiträge werden im wesentlichen nach versicherungsrechnerischen Gesichtspunkten bemessen. Soweit die Versicherten selbst die Beiträge zu entrichten haben, wie das abgesehen von der Unfallversicherung zum wesentlichen Teile der Fall ist, kommt der Beitragspflicht zugleich eine psychologische und sittlich-erzieherische Bedeutung zu: die Leistungen erscheinen den Empfängern nicht als almosenähnliches Geschenk, der Anspruch darauf wurzelt in eigener Leistung des Versicherten, die Vorstellung des Selbstbeteiligtseins, das Gefühl eigener Mitverantwortung wird in den Versicherten wachgerufen und übergroße Begehrlichkeit hintangehalten.

2. Der Versicherungsgedanke wird dadurch unterstützt, daß der Teilnehmerkreis der Sozialversicherung im wesentlichen gesetzlich bestimmt ist, daß überwiegend

Pflichtversicherung besteht. Den Versicherungspflichtigen, die in allen Versicherungszweigen weitaus überwiegen, ist die Teilnahme an der Sozialversicherung gesetzlich auferlegt, während die Versicherungsberechtigten, die durch freiwillige Entschließung an der Versicherung teilnehmen oder sie fortsetzen können, die Minderheit bilden. Der Zwangscharakter sichert der Einrichtung die Bestandsfähigkeit. Er bewirkt, daß gerade diejenigen nicht fernbleiben, die wegen ihrer wirtschaftlichen Schwäche zu eigener Vorsorge nicht fähig sind und die eine Sicherung gegen Wechselfälle des Arbeitslebens am nötigsten haben, und sichert die ganze Veranstaltung gegen ungünstige Auswahl der Einzelwagnisse. In ihm kommt das „soziale" Moment am stärksten zum Ausdruck. Auch die beabsichtigten Wirkungen im Sinne staatsbürgerlicher und gesundheitlicher Erziehung lassen sich, wenigstens zunächst, nur bei Zwang zur Versicherung erreichen. Rechtlich ist der Versicherungszwang nicht als Versicherungspflicht im wörtlichen Sinn, als obligatorische Pflicht zum Abschluß überhaupt einer oder zum Beitritt zu einer bestimmten Versicherung ausgestaltet, sondern das Versichertsein tritt unmittelbar von Gesetzes wegen (ipso jure) beim Vorliegen eines bestimmten Tatbestandes, des Arbeitstatbestandes, ein. Für die „Versicherungspflichtigen" liegt mehr als eine Pflicht und mehr als ein Zwang vor, nämlich eine unausweichlich-selbsttätige Rechtswirkung. Ihr eigener Wille kommt — anders als der der Versicherungsberechtigten — im allgemeinen überhaupt nicht und in Ausnahmefällen (z. B. bei der Wahl zwischen Angestellten- und Invalidenversicherung nach § 193 AVG.) nur ganz nebenbei in Betracht. Unmittelbar durch Rechtssatz ist nicht nur das Ob und die Art der Versicherung bestimmt, sondern zumeist (Ausnahme: Ersatzkassen) auch der einzelne Versicherungsträger, dem der Versicherte zugehört. Auch dem Träger ist keine Freiheit der Entschließung über die Aufnahme des zu Versichernden gelassen. Dies gilt auch für die Versicherungsberechtigung, bei der die Begründung der Versicherung nur für den privaten Beteiligten, nicht für den Träger freiwillig ist.

Der Zwangscharakter der Sozialversicherung ist einer der Gründe dafür, daß sie durch öffentliches Recht geregelt ist. Die für sie maßgebenden Rechtssätze sind überdies zum größten Teile zwingend und der privaten Willensübereinkunft entrückt (§ 139 RVO., § 341 AVG., § 233 RKnG.). Das darf aber nicht zu dem Trugschluß führen, daß die Vorschriften der Sozialversicherungsgesetze wegen ihrer zwingenden Kraft öffentlichrechtlich seien oder umgekehrt. In jüngeren Gesetzen ist gelegentlich der freien Entschließung Beteiligter, auch den Abkommen öffentlichrechtlicher Subjekte untereinander, ein gewisser Bewegungsspielraum gegeben, ohne daß deswegen bürgerlichrechtliche Beziehungen entstünden.

3. Bei der gesetzlichen Regelung der Sozialversicherung ergibt sich die Aufgabe, den Kreis der Versicherten abzustimmen auf den Kreis derer, die nach dem vorausgesetzten Sinn der Veranstaltung einer Versicherung bedürftig erscheinen. Da Versicherungszwang vorgesehen ist, ist die angemessene Abgrenzung besonders wichtig. Die Auswahl der zu Versichernden kann nicht im Einzelfalle vorgenommen werden, weil die Wagnisverteilung auf breite Grundlage gestellt werden muß und weil die Prüfung der Versicherungsbedürftigkeit des Einzelnen verwaltungstechnisch nicht durchführbar ist. Demgemäß wird bei der Abgrenzung typisiert. Entscheidend für die Einbeziehung in die Sozialversicherung ist nicht die wirkliche, sondern die mutmaßliche Versicherungsbedürftigkeit, die sich aus allgemeinen Merkmalen, aus der durchschnittlichen Lebenslage gewisser Volkskreise ergibt. Insofern die erfaßten Kreise sich mit Klassen im Sinne der Gesellschaftslehre decken, erscheint der Nachdruck verständlich, den KASKEL[1] auf die Zugehörigkeit der Versicherten zu bestimmten sozialen Bevölkerungsklassen legt, und findet der Name „Sozialversicherung" eine weitere Erklärung. Indessen ist die Deckung zwischen dem Kreise der Versicherten und einer gesellschaftlichen Klasse nur sehr lose und hat sich im Laufe der Entwicklung immer mehr gelockert. Rechtlich ausschlaggebend

[1] KASKEL-SITZLER: Grundriß S. 37, 39.

für die Einbeziehung in die Versicherung ist zunächst die Arbeitnehmereigenschaft, die durchaus von der Klassenlage unabhängig sein kann. Innerhalb dieses Kreises wird bei Arbeitern die Versicherungsbedürftigkeit schlechthin angenommen; bei Angestellten ist der Gesichtspunkt der Versicherungsbedürftigkeit durch Einführung einer Obergrenze des Arbeitsentgelts verschärft. Ferner sind rechtlich Selbständige von geringer wirtschaftlicher Stärke einbezogen. Immer aber kommt es nur auf typische Merkmale, nicht auf wirtschaftliche Schwäche und Versicherungsbedürftigkeit des Einzelnen an.

4. Typisierung und Abstraktion finden sich auch bei der Regelung der Leistungen. Durch die von den Einzelheiten des Falles absehende Festsetzung der Leistungsvoraussetzungen wird die niederdrückende Wirkung vermieden, die eine genaue Erforschung des eingetretenen Schadens und der vorliegenden Bedürftigkeit für den Leistungsempfänger hat, wie in der Fürsorge nach der FürsPflV. zu beobachten ist. Überdies ist Vernachlässigung individueller Umstände durch die technischen Bedürfnisse einer Massenverwaltung geboten. Gelegentliche an sich unangebrachte Überleistungen werden durch Ersparnisse an Verwaltungsaufwand ausgeglichen. Die Typisierung zeigt sich zunächst in der Bestimmung der Versicherungsfälle. Der Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen wird ausgelöst durch Wechselfälle des Lebens, die nach durchschnittlicher Erfahrung zu einer „Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Daseinsmöglichkeit“[1], meist insbesondere zu einer Schmälerung der Erwerbsfähigkeit führen und insofern einen Vermögensbedarf hervorrufen. Es kommt aber nicht darauf an, daß im einzelnen Fall ein Schaden, gar ein Vermögensschaden von bestimmter Höhe wirklich entstanden ist. Und weiter sind die Leistungen selbst, von Ausnahmen (ärztliche Behandlung, Heilmittel, überhaupt heilende Leistungen) abgesehen, nicht so gestaltet, daß sie wie ein Schadenersatz oder eine Entschädigung genau oder anteilig den eingetretenen Schaden decken. Vielmehr findet, wenn überhaupt der Versicherungsfall eingetreten ist, nach typischen Merkmalen ein abstrakter Ausgleich statt. Ob dann im Einzelfalle der Leistungsempfänger weniger oder mehr erhält, als sein konkreter Schaden beträgt, darauf kommt es rechtlich nicht an. Der gesetzlichen Bemessung der Leistungen liegt aber die Erfahrung über die durch die Versicherungsfälle gewöhnlich herbeigeführte Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsmöglichkeit und den gewöhnlich verursachten Vermögensbedarf zugrunde, und die Angemessenheit der Leistungsbemessung ist für den Erfolg der Versicherungsveranstaltung — die Erreichung der sozialpolitischen Absichten und die Hintanhaltung der Begehrlichkeit und Arbeitsunwilligkeit — von erheblicher Bedeutung.

5. Als letzter Leitgedanke der deutschen Sozialversicherung ist hier der Gedanke der Selbstverwaltung zu besprechen. Der ursprünglichen Versicherungsidee mit ihrer genossenschaftlichen Gegenseitigkeit liegt er nicht fern. Auch er ist in den Programmen der Kaiserlichen Botschaft und der Weimarer Reichsverfassung enthalten. Im geltenden Recht ist er weitgehend, wenn auch nicht restlos durchgeführt. Sein Sinn ist Mitwirkung von Repräsentanten der Betroffenen an der autoritären Erledigung der sie betreffenden Angelegenheiten. In der Sozialversicherung soll die Selbstverwaltung neben der Beitragspflicht der Versicherten erzieherisch wirken, die Eigenverantwortung wecken. Die Versicherungsträger, öffentliche Genossenschaften wie öffentliche Anstalten, zeigen mit Abstufungen selbstverwaltungsmäßigen Aufbau: Mitwirkungsrechte an der Verwaltung sind den Versicherten wie auch ihren Arbeitgebern eingeräumt[2]. Auch die Versicherungsbehörden weisen

---

[1] KASKEL: a. a. O. S. 46.

[2] Die Heranziehung von Arbeitgebervertretern dürfte nicht gegen Art. 161 RV. verstoßen, dessen „maßgebende Mitwirkung der Versicherten“ nicht wohl im Sinn alleinigen oder auch nur überwiegenden Selbstverwaltungseinflusses der Versicherten verstanden werden kann, sondern nur den Versicherten überhaupt einen wesentlichen Einfluß zusichern will. Bei der Auslegung

Selbstverwaltungselemente auf. Die Sozialversicherung fügt sich somit in den Aufbau des neuzeitlichen, demokratischen Staates wesensgleich ein.

Innerhalb der Selbstverwaltungsgebilde gehört sie zu jener neueren Gruppe, bei der für die Organisation und die Auswahl der Selbstverwaltungspersonen die fachlich-sachliche Nähe und nicht lediglich der örtliche Zusammenhang maßgebend ist. Der Grundsatz der Nähe führt dort, wo an der zu betreuenden Angelegenheit zwei Interessentengruppen beteiligt sind, mit innerer Notwendigkeit zur Anwendung der Parität, der gleichstarken Heranziehung beider Gruppen, über deren entgegengesetzte Interessen nicht von vornherein ein Werturteil gefällt werden kann. Die Parität zwischen Versicherten und Arbeitgebern ist aber bei den Versicherungsträgern mehrfach durch eine Verteilung der Sitze nach dem Beitragsschlüssel, also nach einem mammonistischen (und bei der Unlösbarkeit der Frage, wer wirtschaftlich die Beiträge trägt, schiefen) Gesichtspunkt abgebogen. Dafür sprechen freilich auch politische Stärkenverhältnisse und technische Gesichtspunkte, zumal die Schwierigkeit der Mehrheitsbildung in paritätisch besetzten Organen ohne Unparteiischen oder Drittinteressenten. Festzustellen ist aber eine Abweichung von sonst eingehaltenen Grundsätzen (vgl. Art. 165 RV.).

§ 3. Geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland.

Gedanke und Gestalt der Sozialversicherung sind Ergebnisse der deutschen Rechtskultur. Bereits im Mittelalter sind im deutschen Erzbergbau innerhalb der Knappschaften Unterstützungseinrichtungen der Knappen auf genossenschaftlicher Grundlage unter Zuzahlung der Gewerken entstanden. Im heutigen Sinn und Ausmaß konnte eine Sozialversicherung erst entstehen, nachdem durch Erfindung neuzeitlicher Maschinen, Aufkommen kapitalistischer Wirtschaftsweise und Entwicklung des Proletariats die sogenannte Arbeiterfrage zur sozialen Frage im hervortretenden Sinne geworden war. Deshalb hat das Sozialversicherungsrecht wie das sonstige Arbeitsrecht keine lange Geschichte. Den Auftakt der neuzeitlichen Entwicklung des Sozialversicherungsrechts bildete die Kaiserliche Botschaft von 1881, mit der die Idee der Sozialversicherung von Deutschland aus, und angesichts des Knappschaftswesens zum zweiten Male, gefunden war. Der Botschaft folgt, bis in die Gegenwart hineinreichend, eine Zeit des rechtlichen Auf- und Ausbaus, der ständigen Verbreiterung und inhaltlichen Verstärkung der Sozialversicherung. Erst das Jahr 1930 bringt Anzeichen einer Abwendung von dieser Linie. Von Deutschland aus hat die Sozialversicherung sich in der ganzen Kulturwelt verbreitet.

Trotz der Kürze des Zeitraumes ist die moderne Geschichte des deutschen Sozialversicherungsrechts stark beeinflußt durch besondere Zeitverhältnisse und überladen mit einer Fülle niemals zur Ruhe kommender Gesetzesänderungen. Die oft sehr untergeordnete, ja rein technische Bedeutung der zahllosen Novellen und Verordnungen darzustellen muß eine Übersicht wie die vorliegende sich versagen. Für viele Einzelheiten kann auf den Grundriß von Kaskel-Sitzler[1], dem die Einteilung der älteren Perioden (I bis IV) entlehnt ist, und auf Kaskels Aufsatz im Jahrbuch des Öffentlichen Rechts 1921[2] verwiesen werden. Neben der Anpassung an die Zeitverhältnisse, die oft geradezu Notmaßnahmen fordern, geht seit der Erstlingsgesetzgebung ständig das Bestreben nach sachlicher Verbesserung des Versicherungswerkes her.

I. Vorläufer der deutschen Sozialversicherung waren:

1. Einrichtungen genossenschaftlicher Vorsorge, deren Kosten zur Hauptsache die Beteiligten selbst aufbrachten. Hierher gehörten als älteste Gebilde der Sozialversicherung überhaupt die Knappschaften, ursprünglich freiwillige Gründungen, die durch landesherrliche Bergordnungen und landesrechtliche Berggesetze zu Zwangsvereinigungen der Bergarbeiter ausgebaut wurden und erst durch das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 (RGBl. I S. 431) in den Reichsknappschaftsverein, die heutige Reichsknappschaft, aufgingen. Im 19. Jahrhundert entstanden Hilfskassen als freiwillige, nur stellenweise kraft Ortsstatuts obligatorische Einrichtungen der Arbeitnehmer; ein Reichsgesetz vom 7. April 1876 (RGBl. S. 125) stellte ihnen die

---

ist die Rechtslage zur Zeit der Verfassungsschöpfung zu beachten. Hätte die Nationalversammlung eine durchgreifende Abänderung der Sozialversicherungsgesetze unter dem Gesichtspunkte der Selbstverwaltung angestrebt, so ist anzunehmen, daß dies im Verfassungstexte schärfer zum Ausdruck gekommen wäre. So wie der Artikel lautet, kann er nur für eine Umgestaltung der Unfallversicherungsträger in Anspruch genommen werden.

[1] S. 3 bis 13.

[2] „Die Wandlung des sozialen Versicherungsrechts seit seiner Kodifikation". Der Bericht ist mit dem 15. April 1921 abgeschlossen und umfaßt etwa die Zeitabschnitte V und VI dieser Darstellung.

feste Rechtsform der eingeschriebenen Hilfskasse zur Verfügung, schloß aber den Fortbestand freier Hilfskassen nicht aus. Heute sind sie zumeist in die Ersatzkassen der Krankenversicherung (§§ 503ff. RVO.) aufgegangen. Ferner fanden sich bei den damals noch jungen Gewerkschaften Ansätze zu freiwilligen Unterstützungseinrichtungen. Außerdem richteten manche Innungen für ihre Mitglieder Krankenkassen ein, in die auch Gesellen und Lehrlinge aufgenommen werden konnten; Rechtsquelle hierfür war die Gewerbeordnung in ihrem jeweiligen Bestande.

2. Fürsorgepflichten mancher Gruppen von Arbeitgebern, die ihnen nach privatrechtlicher Regelung oblagen. Überdies kam die Gefährdungshaftung der Unternehmer besonders gefährlicher Betriebe nach dem Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 (RGBl. S. 207) auch ihren Arbeitnehmern zugute.

3. Fürsorge öffentlicher Verbände nach Armenrecht (damals Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870, RGBl. S. 360), die auch heute noch, jetzt geregelt in der V. über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 (RGBl. I S. 100), neben der Sozialversicherung herläuft. Vor Schaffung der Sozialversicherung kannten einige süddeutsche Gliedstaaten eine Krankenfürsorge der Gemeinden gegen Beitragserhebung.

All diese Einrichtungen sozialer Fürsorge erwiesen sich als unzulänglich nach Personenkreis und Wirkungsgrad.

II. Planmäßiges staatliches Eingreifen brachte die Erstlingsgesetzgebung.

1. Sie wurde eingeleitet durch die Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881 (s. § 1, II). Entsprechend dem in ihr aufgestellten Programm wurde alsbald Erweiterung der Fürsorge auf die ganze arbeitende Klasse bei Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter, Einführung staatlichen Versicherungszwanges, Durchführung durch genossenschaftliche Versicherungsträger unter staatlicher Aufsicht, Anerkennung eines gesetzlichen Rechtes auf die Leistungen verwirklicht. An diesen Grundzügen, insbesondere der Unterscheidung der drei Zweige Kranken-, Unfall- und Invaliden- und Altersversicherung, ist auch in späterer Zeit festgehalten, ihr Kern durch das Hinzukommen neuer Versicherungsfälle (Wochenhilfe, Berufskrankheiten, Hinterbliebenenversicherung), neuer Formen (Angestellten-, Knappschaftsversicherung) und eines neuen Zweiges (Arbeitslosenversicherung) nicht berührt worden.

2. Als erstes Sozialversicherungsgesetz kam das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73) zustande. Es knüpfte an Knappschaftsvereine und Hilfskassen an, erfaßte die Mehrzahl der gewerblichen Arbeiter durch Versicherungszwang und schuf Ortskrankenkassen (für einzelne Erwerbsgruppen und Berufszweige einer Gemeinde), Betriebskrankenkassen und Baukrankenkassen. Knappschafts- und Innungskrankenkassen, eingeschriebene Hilfskassen und Gemeindekrankenversicherung konnten fortbestehen.

3. Der Unfallversicherung galt der erste, schon 1881 vor der Kaiserlichen Botschaft unternommene Gesetzgebungsversuch der Regierung. Indessen kam das Unfallversicherungsgesetz erst unter dem 6. Juli 1884 (RGBl. S. 69) zustande. Es erfaßte die Arbeiter in bestimmten Gruppen gewerblicher Betriebe, deren Unternehmer zu Berufsgenossenschaften als Versicherungsträgern zusammengefaßt wurden. Für Verwaltung und Rechtsprechung dieses Versicherungszweiges wurde als höchste Instanz das Reichsversicherungsamt errichtet. Beruflich erstreckt wurde die Unfallversicherung durch das sogenannte Ausdehnungsgesetz vom 28. Mai 1885 (RGBl. S. 159) auf das Transportgewerbe und Reichs- und Staatsbetriebe, durch das G. betreffend die Unfallversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen vom 5. Mai 1886 (RGBl. S. 132), durch das Bauunfallversicherungsgesetz vom 11. Juli 1887 (RGBl. S. 287) und das Seeunfallversicherungsgesetz vom 13. Juli 1887 (RGBl. S. 329). Ergänzend trat daneben das G. betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes infolge von Betriebsunfällen vom 15. März 1886 (RGBl. S. 53), zu dem in den größeren Gliedstaaten Parallelgesetze ergingen. Diese Gesetze sichern den Beamten usw., die vor Erreichung eines entsprechenden Pensionsanspruches einen Betriebsunfall erleiden, gleiche Mindestleistungen, wie privatrechtliche Arbeitnehmer sie aus der Unfallversicherung erhalten.

4. Eine Invalidenversicherung, die zugleich Altersversicherung war, wurde für die Masse der Lohnarbeiter durch das G. betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 (RGBl. S. 97) geschaffen. Renten wurden bei dauernder Erwerbsunfähigkeit und bei Vollendung des 70. Lebensjahres durch die hierfür errichteten Landesversicherungsanstalten gewährt. Zu jeder Rente zahlte das Reich einen Zuschuß; die übrigen Lasten wurden ähnlich wie heute durch Beiträge nach dem Markenverfahren gedeckt. Für Aufsicht und Rechtsprechung in höchster Instanz wurde das Reichsversicherungsamt zuständig gemacht.

III. Das Bestreben nach gesetzestechnischer Verbesserung und Wünsche nach Ausgestaltung der Leistungen und Erweiterung des Personenkreises, die seither nie ganz zur Ruhe gekommen sind, führten schon bald nach Erlaß der ersten Sozialversicherungsgesetze zu einer ersten Revisionsgesetzgebung. Zu erwähnen sind für die Krankenversicherung die Gesetze vom 10. April 1892 (RGBl. S. 379), 30. Juni 1900 (S. 332) und 25. Mai 1903 (S. 233), für die Invalidenversicherung das G. vom 13. Juli 1899 (S. 393), für die Unfallversicherung die fünf Gesetze vom 30. Juni 1900 (S. 335, 573: Mantelgesetz, Gewerbeunfallversicherungsgesetz, Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft, Bau-Unfallversicherungsgesetz, See-Unfallversicherungsgesetz). An die Stelle des Gesetzes von 1886 trat das mit kleineren Änderungen

noch heute geltende Unfallfürsorgegesetz für Beamte und Personen des Soldatenstandes vom 18. Juni 1901 (S. 211); hinzu kam das Unfallfürsorgegesetz für Gefangene vom 30. Juni 1900 (S. 536).

IV. Weitere Reformbestrebungen führten zu dem Ergebnis, daß im Jahre 1911 das bisherige Sozialversicherungsrecht in der Reichsversicherungsordnung kodifiziert und durch besonderes Gesetz eine Versicherung für Angestellte geschaffen wurde.

1. Nach weitschichtigen Vorarbeiten wurde unter dem 19. Juli 1911 die Reichsversicherungsordnung (RGBl. S. 509) und das Einführungsgesetz dazu (S. 839) verkündet. Die RVO. enthält die sogenannte Arbeiterversicherung, erfaßt aber auch gewisse Angestellte, und zwar damals bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2500 Mark in der Krankenversicherung, 5000 Mark in der Unfallversicherung, 2000 Mark in der Invalidenversicherung. Die drei genannten Versicherungszweige sind trotz vielfacher Wünsche nach Verschmelzung nach wie vor organisatorisch getrennt und im zweiten, dritten und vierten Buche der RVO. gesondert geregelt. An Neuerungen brachte die RVO. in der Krankenversicherung die Einbeziehung der Dienstboten und der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, im vierten Buche die Verbindung der neueingeführten, schon im Zolltarifgesetz vom 25. Dezember 1902 (RGBl. S. 303) angekündigten Hinterbliebenenversicherung mit der Invaliden- und Altersversicherung, für die gesamte Arbeiterversicherung die einheitliche Organisation der Versicherungsbehörden für Verwaltung (Aufsicht) und Rechtsprechung in drei Stufen und einschneidende Änderungen des Verfahrens. Gesetzestechnisch bringt die RVO. auch ohne Vereinheitlichung der drei Versicherungszweige einen Fortschritt durch die Zusammenfassung der Bestimmungen, die besonders in der Voranstellung gemeinsamer Vorschriften im ersten Buche, in der Regelung der Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten im fünften Buch und in der verhältnismäßig einheitlichen Ordnung des Verfahrens im sechsten Buche hervortritt.

2. Seit 1903 waren Bestrebungen der Angestellten oder, wie man damals gern sagte, Privatbeamten im Gange, die für diesen Teil des sogenannten Mittelstandes eine Versicherung nach Art der Pension der staatlichen Beamten forderten und die zu dem Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) führten. Durch dieses wurde, völlig getrennt von der Arbeiterversicherung, für die meisten Angestellten mit einem Jahresarbeitsverdienst bis zu ursprünglich 5000 Mark eine Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit und des Alters sowie zugunsten der Hinterbliebenen geschaffen. Träger dieser Versicherung ist für das ganze Reich die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Das sachliche Recht der Angestelltenversicherung nimmt vielfach die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der RVO. zum Vorbild, faßt aber die Leistungsvoraussetzungen für die Angestellten günstiger als dieses.

Beide Hauptgesetze von 1911 haben seither vielfache Änderungen erfahren und sind in neuen Fassungen bekanntgemacht worden (unten VIII).

V. Zu den Gesetzen von 1911 wurden zunächst nur ergänzende und ausführende Verordnungen, so über die Zeitpunkte des Inkrafttretens, erlassen. Das AVG. wurde durch das G. über Angestelltenversicherung der Privatlehrer vom 22. Juli 1913 (RGBl. S. 600) geändert. Sofort mit Beginn des Krieges (Gesetze vom 4. August 1914, RGBl. S. 334ff.) setzte eine Massengesetzgebung im Sozialversicherungsrecht ein, zu der vielfach die Form der Verordnung benutzt wurde. Die ganz für friedliche Verhältnisse geschaffene Sozialversicherung wurde dem Kriegszustand und der dadurch bedingten Veränderung wirtschaftlicher Verhältnisse angepaßt. Während des Krieges wurden neue Rechtssätze erlassen, um die Rechte der Kriegsteilnehmer und der Hilfsdienstpflichtigen zu wahren; der versicherte Personenkreis, der räumliche Geltungsbereich und die Versicherungsfälle wurden ergänzt; die Organisation der Träger wurde vereinfacht. Nebenher liefen Reformen, die sich schon im Frieden als wünschenswert gezeigt hatten, jetzt aber dringend erschienen: Im Rahmen der Krankenversicherung wurde die Mutterschaftsversicherung als Wochenhilfe und überdies für nichtversicherte Minderbemittelte eine Wochenfürsorge eingeführt. Die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden wurde zunächst sistiert, dann neu geregelt. In der Invalidenversicherung wurden die Renten neu gestaltet, der Bezugsbeginn der Altersrente vom 70. auf das vollendete 65. Lebensjahr herabgesetzt.

VI. Die wirtschaftliche Demobilmachung, die dem Weltkriege folgte und während derer im Deutschen Reiche besondere Rechtssatzformen und Verwaltungsbefugnisse zur Verfügung standen, brachte in der Sozialversicherung zwei Gruppen gesetzgeberischer Maßnahmen: solche zur Anpassung an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse, wie den gesunkenen Geldwert und die gesteigerte Arbeitslosigkeit (Krankenversicherung der unterstützten Erwerbslosen), und solche zur Anpassung an die neuen politischen Verhältnisse (innenpolitisch die teilweise Beseitigung der getrennten Abstimmung der Vertreter der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber in den Organen der Krankenkassen, die weitgehende Gleichstellung der Landkrankenkassen mit den Ortskrankenkassen, den Wegfall mancher Befreiungen von der Krankenversicherungspflicht usw., außenpolitisch die Einstellung auf die neuen Reichsgrenzen und die neue Wehrfassung). Durch diese und die ganze Folgezeit ziehen sich Maßnahmen zugunsten der Empfänger von Sozialversicherungsrenten, denen zunächst Zulagen von den Versicherungsträgern, dann Beihilfen aus Reichsmitteln und schließlich im einzelnen Bedarfsfall Unterstützungen (jetzt nach der FürsPflV. und den zugehörigen Reichsgrundsätzen) gewährt werden.

VII. 1. Die Geldentwertung, die schon während des Krieges eingesetzt hatte und sich bis in den Herbst 1923 geradezu zu einem Währungsverfall steigerte, machte immer wieder neue Änderungen der Klasseneinteilungen, Beiträge und Leistungen in allen Versicherungszweigen und Maßnahmen zur Stützung der Versicherungsträger notwendig, die durch wiederholte Ermächtigungsgesetze verschiedener Reichweite erleichtert wurden. Zur technischen Vereinfachung der Anpassungen an den jeweiligen Währungsstand wurde verhältnismäßig spät die Indexrechnung eingeführt.

2. In diesen Zeitabschnitt fällt die erste reichsrechtliche Regelung der Knappschaftsversicherung durch das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 (RGBl. I S. 431), mit Einführungsgesetz und Abänderungsgesetz dazu vom gleichen Tage.

VIII. Die 1924 erreichte Währungsbefestigung und die seither, wenn auch mit Schwankungen, fortschreitende Klärung und Festigung der wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse ermöglichte einen neuen Aufbau der Sozialversicherung.

1. Der Übergang zur Goldmark-, später Reichsmarkrechnung und die finanzielle Wiedererstarkung der Versicherungsträger vollzog sich äußerlich in einer Fülle einzelner Gesetze und Verordnungen technischen Inhalts. Unter anderem wurden die Versicherungspflichtgrenzen neu festgesetzt[1].

2. Traten schon hierbei Erweiterungen des Kreises der Versicherten zutage, so wurde weiterhin ein Ausbau der Sozialversicherung in allen Zweigen vorgenommen. Unter anderem wurden in die Krankenversicherung die Seeleute in ihrer Allgemeinheit neu einbezogen (G. vom 16. Dezember 1927, RGBl. I S. 337) und bei ihnen ähnlich wie in der knappschaftlichen Krankenversicherung (G. vom 25. Juni 1926, S. 291) obligatorische Familienkrankenpflege eingeführt; die Wochenhilfe wurde ausgebaut (zuletzt durch G. vom 9. Juli 1926, S. 407, und vom 18. Mai 1929, S. 98). Die Unfallversicherung wurde auf weitere Betriebe und Tätigkeiten (G. vom 20. Dezember 1928, S. 405) und auf Berufskrankheiten (V. vom 12. Mai 1925, S. 69, und vom 11. Februar 1929, S. 27) erstreckt. Ihre Leistungen wurden umgestaltet und ihr Ineinandergreifen mit denen der Krankenversicherung neu geregelt (G. vom 14. Juli 1925, S. 97). Die Invalidenversicherung hat die verhältnismäßig geringsten Änderungen erfahren; Leistungen wie Beiträge wurden auch hier wiederholt erhöht (zuletzt durch G. vom 12. Juli 1929, S. 135). Neben gleichartigen Änderungen in der Angestelltenversicherung wurden in dieser die Leistungsvoraussetzungen günstiger für die Versicherten gestaltet (Verkürzung der Wartezeit und Besserstellung Arbeitsloser durch G. vom 7. März 1929, S. 75) und die Versicherungspflicht ausgedehnt (V. vom 8. Oktober 1929, S. 151). Die Knappschaftsversicherung erfuhr einen tiefgreifenden Umbau durch G. vom 25. Juni 1926 (S. 291), wobei das 1923 geschaffene Nebeneinander von Angestelltenversicherung und knappschaftlicher Pensionsversicherung der Angestellten in knappschaftlichen Betrieben beseitigt wurde. Für alle Versicherungszweige wurden die Wahlen zu den Selbstverwaltungsämtern in ein sogenanntes soziales Wahljahr zusammengefaßt (G. vom 8. April 1927, S. 95), Doppelleistungen durch Ruhen von Rententeilen beseitigt (G. vom 25. Juni 1926, S. 311).

3. Die massenhaften Änderungen, die die älteren Gesetzestexte erlitten hatten, führten zu mehrfachen Neufassungen der Hauptgesetze. Dazu wurde nicht, wie etwa 1900 und 1911, die

[1] Für die Krankenversicherung (§ 165 RVO., Vorkriegsgrenze 2500 Mark) durch V. vom 29. Februar 1924 (RGBl. I S. 157) auf 2400 Goldmark, durch V. vom 10. Januar 1925 (S. 2) auf 2700 Reichsmark, durch G. vom 15. Juli 1927 (S. 219) auf 3600 RM; für die Angestelltenversicherung (§ 3 AVG., Vorkriegsgrenze 5000 Mark in § 1 AVG.) durch V. vom 17. Dezember 1923 (S. 1234) auf 4000 Goldmark, durch V. vom 23. April 1925 (S. 51) auf 6000 RM, durch V. vom 10. August 1928 (S. 372) auf 8400 RM. In der Invalidenversicherung erledigte sich die Vorkriegsgrenze von 2000 Mark (§ 1226 RVO.) durch Ausscheidung der Angestellten durch das G. vom 10. November 1922 (S. 849). In der Unfallversicherung war die Vorkriegsbegrenzung der Versicherungspflicht nach dem Jahresarbeitsverdienst bei Betriebsbeamten (5000 Mark, § 544 RVO.) schon durch G. vom 19. Juli 1923 (S. 686) weggefallen; der Höchstbetrag von 8400 RM für die Rentenberechnung (§ 571c RVO.) wurde eingeführt durch G. vom 14. Juli 1925 (S. 97).

Form des kodifizierenden Gesetzes gewählt, sondern der Reichsarbeitsminister zur Bekanntmachung des Gesetzeswortlauts in derzeitiger Fassung ermächtigt. Eine bereinigte Fassung der RVO. wurde unter dem 15. Dezember 1924 (S. 779) bekanntgemacht. (Im übrigen s. § 4.)

4. In dem Aufbauzeitraum nach Wiederherstellung der Währung wurde die Erwerbslosenfürsorge, die bei der Demobilmachung eingeführt (V. vom 13. November 1918, RGBl. S. 1305) und deren Finanzierung durch Beiträge den Arbeitgebern und Arbeitnehmern aus Anlaß der Stabilisierung aufgebürdet (V. vom 15. Oktober 1923, S. 984) worden war, in eine Arbeitslosenversicherung überführt. Mit dieser wurde, unter Aufhebung des Arbeitsnachweisgesetzes vom 22. Juli 1922 (S. 657)[1], die Arbeitsvermittlung organisatorisch und sachlich verbunden und einem neuen Versicherungsträger, der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, übertragen. Der Kreis der Versicherungspflichtigen wurde in Anlehnung an Kranken- und Angestelltenversicherung weit abgesteckt. Trotz langer Vorbereitungszeit (Erwerbslosenfürsorge) hat dieser jüngste selbständige Zweig der deutschen Sozialversicherung nicht nur in besonders reichem Maß Ergänzungs- und Änderungsrechtssätze benötigt, sondern sich bereits nach knapp zweijähriger Geltungsdauer des G. über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 16. Juli 1927 (S. 187) besonders in finanzieller Hinsicht als grundlegender Reform bedürftig erwiesen. Deshalb ergingen u. a. das G. vom 12. Oktober 1929 (S. 153), dem eine Fassungsbekanntmachung gefolgt ist (s. § 4), und die V. des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände vom 26. Juli 1930 (S. 311).

5. Mit der zuletzt genannten Diktaturverordnung, die auf Grund des Art. 48 Abs. 2 RV. erlassen ist und deren IV. Abschnitt neben dem 1. Titel über Arbeitslosenversicherung einen 2. Titel über Krankenversicherung enthält, scheint gegenüber der bisher in der Sozialversicherung zu beobachtenden Ausbautendenz eine Gegenbewegung zum Durchbruch zu kommen, die zur Drosselung des wirtschaftlichen Aufwands Beschränkungen der Leistungen und des versicherten Personenkreises anstrebt. So ist in der Krankenversicherung durch die Notverordnung zwar die Familienkrankenpflege durchweg obligatorisch gemacht, im übrigen aber das Maß der Leistungen und die Selbständigkeit der Krankenkassen erheblich eingeschränkt, auch das Recht zur Weiterversicherung beschränkt und das Kassenärzterecht geändert worden. Die weitere V. des Reichspräsidenten „zur Sicherung der Wirtschaft und Finanzen" vom 1. Dezember 1930 (S. 517) mildert die Bestimmungen der vorangegangenen Verordnung in einigen Punkten; eine feste Entwicklungsrichtung ist bis Mitte 1931, auch trotz der Zweiten V. der Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931 (S. 279), nicht zu erkennen.

§ 4. Quellen des geltenden deutschen Sozialversicherungsrechts.

I. Die allgemeine Rechtsquellenlehre gilt für das Sozialversicherungsrecht wie für andere Rechtsgebiete. Sämtliche Formen der Rechtssetzung, in besonders üppigem Maße die Verordnung, finden hier Anwendung.

1. Gesetze und Verordnungen des Gebiets zeigen auffällige Neigung zu extrem kasuistischer Reglementierung. Darunter leidet die Güte der Rechtsanwendung, und die Gesetze schwellen zu unübersehbarem Umfang an. Die mehrfach beliebte Verweisung von Teilgegenständen in besondere Verordnungen (Verfahrensordnungen der Versicherungsbehörden und Schiedsinstanzen, Beitragsordnung der Angestelltenversicherung) entlastet das Gesetz nur äußerlich; der kleinliche Geist, der jeden nur denkbaren Sonderfall vorausschauend regeln will, tobt sich in den Rechtsquellen minderen Ranges, zumal wenn sie von untergeordneter Stelle aus erlassen werden, erst recht aus.

2. Das Sozialversicherungsrecht zeitigt gelegentlich Sonderformen der Rechtssetzung. Auffällig sind die Richtlinien, die nach Abschnitt C des G. vom 28. Juli 1925 (RGBl. I S. 157; bisher nur ergangen Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom 27. Februar 1929, S. 69) und vom Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen nach §§ 368e usw. RVO. (s. § 32 IV 1, S. 225) erlassen werden können und deren Rechtssatzwirkung sehr schwach ist. Eigenartig ist die Behebung mancher Verwaltungsschwierigkeiten durch kollektive Musterabkommen zwischen Versicherungsträgern oder ihren Verbänden, wobei freilich nicht objektives Recht gesetzt oder gar geändert werden kann.

[1] Wegen der sonstigen durch das ArblVG. aufgehobenen Rechtsquellen s. dessen § 220.

3. Landesrecht kommt auf dem Gebiet der Sozialversicherung praktisch nur dort zum Zuge, wo die Reichsgesetze dies besonders vorbehalten (z. B. §§ 1034ff. RVO.).

4. Für das internationale Sozialversicherungsrecht (Statutenkollision) herrscht nach deutschem Recht der Territorialitätsgrundsatz, wonach die deutschen Gesetze für das Gebiet des Deutschen Reiches und hier gleicherweise für Inländer, Ausländer und Staatenlose gelten. Der zu beurteilende Tatbestand wird bezogen auf den Beschäftigungsort, hilfsweise den Betriebssitz (§§ 153ff. RVO.). Deutsche Seefahrzeuge werden als inländische Betriebe behandelt (§§ 163, 165 Abs. 1 Nr. 7, §§ 1046, 1226 Abs. 1 Nr. 3 RVO., § 1 Abs. 1 Nr. 7 AVG.). Ausnahmsweise erstreckt sich die Geltung des deutschen Sozialversicherungsrechts über die Reichsgrenzen hinaus bei sogenannten Ausstrahlungen (vorübergehenden Entsendungen von Arbeitnehmern) inländischer Betriebe und zugunsten des Personals deutscher Auslandvertretungen (§ 1228 RVO., § 5 AVG.). Innerhalb des Reichsgebiets wird deutsches Recht nicht angewendet auf exterritoriale Arbeitnehmer (ausländisches Gesandtschaftspersonal) und Arbeitgeber (hier mit Ersatzfunktion der inländischen Arbeitnehmer, § 1231 RVO., § 7 AVG.). Weitere Abweichungen ergeben sich auf Grund zwischenstaatlicher Verträge, vielfach Gegenseitigkeitsverträge (s. § 34), zu deren Abschluß die Hauptgesetze allgemeine Ermächtigungen enthalten (§ 157 RVO., § 358 AVG., § 237 RKnG., auch § 207 ArblVG.), die aber auch zufolge besonderer Ermächtigungsgesetze (G. zur Regelung von Angelegenheiten der sozialen Versicherung und des Arbeitsrechts bei der Durchführung des Vertrags von Versailles vom 22. Juli 1922, RGBl. II S. 678) oder in Form eigener Gesetze geschlossen werden können, und aus der Anwendung des der Reichsregierung eingeräumten Vergeltungsrechtes (§ 158 RVO., § 359 AVG., § 238 RKnG.). Überdies bestehen einzelne Sonderbestimmungen für Ausländer.

II. Von den geltenden Quellen des deutschen Sozialversicherungsrechts können hier nur die wichtigsten kurz gekennzeichnet werden.

1. Als oberste Rechtsquelle ist auch für das Sozialversicherungsrecht die Verfassung des Deutschen Reichs vom 11. August 1919 (RGBl. S. 1383) heranzuziehen. In ihrem Art. 7 Nr. 9 ist dem Reiche die (nicht ausschließliche, s. Art. 12) Gesetzgebungszuständigkeit über das Arbeitsrecht zugewiesen und dabei „die Versicherung ... der Arbeiter und Angestellten" ausdrücklich erwähnt. Ferner nennt Art. 7 Nr. 7 als Gegenstand der Reichsgesetzgebung die Mutterschaftsfürsorge, die zum Teil als Wochenhilfe in der RVO. geregelt ist. Nicht auf die Sozialversicherung bezieht sich Art. 7 Nr. 17, worin das „Versicherungswesen" aufgeführt ist. Über die Zuständigkeitsnormen hinaus enthält die RV. für die Sozialversicherung das Gesetzgebungsprogramm des Art. 161, das zugleich eine Gesetzgebungsverpflichtung bedeutet. Bei künftiger Ausgestaltung des Sozialversicherungsrechts im Geiste der Weimarer Verfassung wird vornehmlich auch auf Art. 157 Abs. 2 und Art. 119 Abs. 2 und 3 Bedacht zu nehmen sein.

2. Die Reichsversicherungsordnung, geschaffen als Kodifikation der bis dahin geltenden Einzelgesetze im Jahre 1911, hat vielfach als Anlehnungspunkt und Muster der übrigen Sozialversicherungsgesetze gedient. Sie steht im Mittelpunkte der Betrachtung des deutschen Sozialversicherungsrechts. Gegenwärtig gelten ihr I., II. und IV. Buch in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S. 779), ihr III., V. und VI. Buch in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Januar 1926 (S. 9). Diese Fassungen haben inzwischen einschneidende Änderungen erlitten. — Die RVO. ist in sechs Bücher gegliedert. Das erste enthält gemeinsame Vorschriften, die auch über das materielle Gebiet der RVO. hinaus von Bedeutung sind. Die drei folgenden Bücher ordnen die alten Zweige der Arbeiterversicherung: Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, wobei die beiden ersteren auch Angestellte erfassen. Das V. Buch regelt die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten, das VI. das Verfahren bei Versicherungsträgern und vor Versicherungsbehörden. Beigegeben war der RVO. ein Einführungsgesetz vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 839), das jetzt kaum mehr Bedeutung hat.

3. Das Angestelltenversicherungsgesetz liegt zur Zeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Mai 1924 (RGBl. I S. 563) vor, hat aber seither ebenfalls starke Änderungen erfahren. Sein Inhalt ist in besonders starkem Maße durch Verordnungen ergänzt.

4. Das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung hat zu den drei alten Zweigen der Sozialversicherung, denen die Angestelltenversicherung in nur organisatorischer Sonderung zur Seite getreten war, im Jahre 1927 als vierten Zweig die Arbeitslosenversicherung sowohl für Arbeiter wie für Angestellte hinzugetan und außerdem einen Sozialversicherungsträger mit den Aufgaben der Arbeitsvermittlung, Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung betraut. Wegen sachlicher und technischer Mängel hat das Gesetz bereits im Jahre 1929 eine Umgestaltung erfahren und ist unter dem 12. Oktober 1929 (RGBl. I S. 162) in neuer Fassung bekanntgemacht, seither aber wieder geändert worden. Gegliedert ist das ArblVG. wenig klar in neun Abschnitte; die Übergangsbestimmungen stehen erstaunlicherweise vor den Strafbestimmungen. Auch das ArblVG. bedarf in hohem Maße der Ergänzung durch Rechtssätze minderen Ranges, deren Erlaß hier in weitem Umfang den Organen des Versicherungsträgers selbst überlassen ist.

5. Das Reichsknappschaftsgesetz liegt jetzt in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Juli 1926 (RGBl. I S. 369) vor und ist seither nur wenig geändert. Es regelt die Kranken-, Invaliden- und die Angestelltenversicherung (diese unter dem Namen Pensionsversicherung der Angestellten) der Arbeitnehmer in knappschaftlichen Betrieben etwas abweichend von der RVO. und überträgt sie ebenso wie die besondere Pensionsversicherung der Arbeiter einem eigenen Träger, der Reichsknappschaft mit ihren Untergliederungen. Neben dem RKnG. gilt noch das Einführungsgesetz vom 23. Juni 1923 (S. 454).

§ 5. Schrifttum.

Ältere Werke über Sozialversicherungsrecht.

Häpe: Das Krankenversicherungsrecht nach dem G. vom 15. Juni 1883 (Leipzig 1885); Kaskel-Sitzler: Grundriß des sozialen Versicherungsrechts (Berlin 1912); Laband: Das Staatsrecht des Deutschen Reiches III[5] (Tübingen 1913); Menzel: Die Arbeiterversicherung nach österreichischem Rechte (Leipzig 1893); Georg Meyer: Lehrbuch des deutschen Verwaltungsrechts[3], bearb. von Dochow (Leipzig 1910); Piloty: Das Reichsunfallversicherungsrecht (Würzburg I 1890, II 1891, III Dresden 1893); Arbeiterversicherungsgesetze (München I 1900, II[3] 1908, III[2] 1904); Rosin: Das Recht der Arbeiterversicherung (Berlin I 1893, II 1905); Schulz-Eckert-Riech: Grundzüge der deutschen Sozialversicherung, 24. Sonderheft zum RArbBl. (Berlin 1922); Handbuch der Unfallversicherung von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts ([3] I bis III und Erg. Leipzig 1909/13).

Allgemeinere Lehren.

Berger-Kuttig-Rhode: Internationales Arbeitsrecht (Berlin 1931); Erwin Jacobi: Betrieb und Unternehmen als Rechtsbegriffe, in Festschrift für Victor Ehrenberg (Leipzig 1926); Grundlehren des Arbeitsrechts (Leipzig 1927); Manes: Versicherungslexikon[3] (Berlin 1930); Versicherungswesen[5] (Leipzig I 1930, II, III 1931); Lutz Richter: Grundverhältnisse des Arbeitsrechts (Berlin 1928).

Erläuterte Ausgaben (Kommentare)

der **RVO.** von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts (Berlin I[2] 1930, II[2] 1929, III[2] 1930, IV[2] 1930); Hanow-Hoffmann-Krohn-Lehmann-Rabeling-Schulte-Holthausen (Berlin I[5] 1926, II[8] 1929, III[4] 1929, IV[4] 1925, V[4] 1926, teils mit Nachträgen); Hoffmann (Berlin I[14] 1926, II[17] 1928, III[9] 1926, IV[10] 1925); Krohn-Zschimmer-Knoll-Sauerborn-Bauer (Berlin 1931); Stier-Somlo ([4] München 1930); Hahn-Kühne: Handbuch der Krankenversicherung ([11] Berlin 1929);

des **AVG.** von Allendorf (Berlin 1925, Nachtrag 1927); Dersch ([3] Mannheim 1926); Meinel ([3] München 1926); Schulz-Hartmann (Berlin 1925, Nachträge 1926 und 1928); Stier-Somlo ([2] München 1924, Nachtrag 1927);

des **ArblVG.** von Fischer ([5] Stuttgart 1931); Herrnstadt (Berlin 1930); Jaeger-Neuburger-Adam (Stuttgart I 1928, II 1929, III 1930); Kühn-Rawicz: Handbuch (Berlin 1930); Schmeisser (I Berlin 1931); Stier-Somlo ([2] München 1930); Weigert mit Berndt-Ehlert-Lehfeldt-Syrup (Berlin 6 Bde. 1927/30);

des **RKnG.** von Eckert-Schlick-Heimann-Wissmann ([2] München 1930); Reuss-Hense ([2] Berlin 1927); Thielmann ([3] Berlin 1928).

Darstellungen des geltenden Rechts.

Brucker-Hartrodt-Muthesius-Lutz Richter-Süss: Die Sozialversicherung (Berlin I 1928 mit Erg. 1930, II 1 1930, III 1929, IV 1929, V 1928); Cahn: Das Recht der deutschen Sozialversicherung (Berlin 1926); Dersch: Die Sozialversicherung, dargestellt für Ärzte und Sozialhygieniker (Berlin 1927); Manes: Sozialversicherung ([7] Berlin 1928); Reich: Taschenbuch der Sozialversicherung ([9] Stuttgart 1927); Schmittmann: Die Sozialversicherung ([4] Düsseldorf 1926); Hermann Schulz: Die deutsche Sozialversicherung ([3] Berlin 1929, Nachtrag 1930); Stier-Somlo: Sozialversicherung (lexikalisch, Halberstadt 1927); Leitfaden der deutschen Sozialversicherung von Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes (Berlin 1930).

Untersuchungen über Einzelfragen.

Breithaupt u. a.: Die Beamten und Angestellten der Reichsversicherung (München 1925, Erg. 1929); Britze: Der Arzt in der Knappschaftsversicherung (Leipzig 1929); Alexander Dietze: Das Recht des kranken Seemanns, in Lutz Richter: Der Arzt in Recht und Gesellschaft 2 (Leipzig 1929); Erich Martin Dietze: Der Angestelltenbegriff nach dem AVG. und seine Bedeutung für das Arbeitsrecht (Leipziger jur. Diss. 1930); Ditmar: Die gesetzliche Invalidenversicherung und die Reichsbahnarbeiter-Pensionkassen (Abteilung A); Die Reichsbahnarbeiter-Pensionskassen Abt. B, in Heiges: Die Sozialversicherungs- und Wohlfahrtseinrichtungen

bei der Deutschen Reichsbahn, 3/4 (Berlin 1928); GLASER: Die Haftung des Unternehmers für Verletzung des versicherten Arbeitnehmers und der Reformvorschlag des Salzburger Juristentages 1928 (Leipziger jur. Diss. 1929); GREGOR: Die Ersatzkassen der Angestelltenversicherung (Hallesche jur. Diss. 1930); HEINEMANN: Kassenarztrecht (Essen 1929); ERWIN JACOBI: Die Träger der Sozialversicherung und ihre Angehörigen, in Festgabe für OTTO MAYER (Leipzig 1916); JAEGER: Die Wanderversicherung (München 1923); KASKEL: Die Wandlung des sozialen Versicherungsrechts seit seiner Kodifikation, in Jahrb. d. öff. Rechts 1921 S. 55; Die Entwicklung der formellen Versicherung in der sozialen Unfallversicherung, in Festgabe für ALFRED MANES (Berlin 1927); KLEEIS: Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland (Berlin 1928); KRUG v. NIDDA: Ärzte und Krankenkassen (3 Mainz 1929); LEHMANN: Ärzte und Krankenkassen (4 Berlin 1929); LUTZ RICHTER: Die Einrichtungen der kassenärztlichen Selbstverwaltung, in Festschrift für VICTOR EHRENBERG (Leipzig 1927); Die Sozialversicherung des Luftverkehrspersonals, in Zeitschr. f. d. ges. Luftrecht I (1928), S. 256; Die Seeleute in der deutschen Sozialversicherung, in Le Assicurazioni Sociali 1931 Suppl. 1, S. 76; LUTZ RICHTER-SONNENBERG: Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse (2 Leipzig 1930); SCHIRBEL: Geschichte der sozialen Krankenversorgung I (Berlin 1930); GEORG SCHULZ: Abgrenzung zwischen Unfallversichrung und Krankenversicherung, Schriften des Instituts für Arbeitsrecht a. d. Univ. Leipzig 17 (Berlin 1928); VOIGT: Die freiwillige Versicherung in der Sozialversicherung (ungedr. Leipziger jur. Diss. 1924, i. d. Univ.-Bibl. Leipzig); v. WALDHEIM: Zeitgemäße Reformen der deutschen Sozialversicherung in historischer ... Beleuchtung (Berlin 1930); WEDDIGEN: Grundfragen der Sozialversicherungsreform (Jena 1931); WISSMANN: Das Reichsknappschaftsgesetz in der Praxis (3 Bochum 1930).

Zeitschriften und Entscheidungssammlungen.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts (seit 1885), seit 1928 Teil IV des RArbBl. als „Amtl. Nachr. für Reichsversicherung", Berlin; Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von den Mitgliedern des Reichsversicherungsamts (seit 1914), Berlin; Arbeiterversorgung, Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche (seit 1884), Berlin-Lichterfelde; Arbeit und Beruf (seit 1921), Berlin; Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung (seit 1925), Prag; Jahrbuch des Krankenversicherungsrechts (seit 1913), Stuttgart; Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts, herausgegeben von SOERGEL (seit 1913), Stuttgart; Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung, begründet von KASKEL (seit 1913), Berlin; Der öffentliche Arbeitsnachweis, Abteilung: Die Sozialversicherung, herausgegeben von FISCHER und ADAM (seit 1925), Stuttgart; Reichsversicherung, Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung, herausgegeben von GRIESER, AURIN, ECKERT (seit 1927), München; Sammlung von Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, der Landesversicherungsämter, der Oberversicherungsämter und andere Entscheidungen aus dem Gebiete der Arbeiterversicherung, herausgegeben von BREITHAUPT (seit 1914), Berlin; Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung (seit 1895), Berlin; Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, herausgegeben vom Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft (seit 1901), Berlin; Zentralblatt für Reichsversicherung und Reichsversorgung (seit 1930), Stuttgart.

I. Teil.

Die Verfassung der Versicherungsträger.

§ 6. Überblick.

I. 1. Unter den Gebilden des öffentlichen Rechts, die sich mit der Sozialversicherung zu befassen haben, ist zunächst zu unterscheiden zwischen den Versicherungsträgern, die ein materielles Stück der Sozialversicherung unmittelbar durchzuführen haben, bei denen also eine Versicherung gewisser Personengruppen stattfindet, und die zumeist „besondere zu diesem Zweck ins Leben gerufene öffentliche juristische Personen"[1] sind, und den Versicherungsbehörden (sowie sonstigen, mit allgemeineren Zuständigkeiten ausgerüsteten Behörden) als denjenigen Organen des Reiches, der Länder und anderer Gebietskörperschaften, die über die ordnungsmäßige Durchführung der Sozialversicherung zu wachen und in Sozialversicherungsangelegenheiten Recht zu sprechen haben. Von der Organisation und den Aufgaben der Versicherungsbehörden und der in Betracht kommenden allgemeinen Behörden wird im III. Teile, bei den Geschäften des Staates in der Sozialversicherung, zu handeln sein. Zunächst wird Aufbau und Rechtsstellung der Versicherungsträger und damit das sachliche Recht der Sozialversicherung dargestellt, und zwar gegliedert in Organisation oder Verfassung der Versicherungsträger (Teil I) und Verkehrsbeziehungen oder Geschäfte der Versicherungsträger (Teil II).

2. Die deutsche Sozialversicherung wird nicht von einem einheitlichen oder wenigen großen Versicherungsträgern durchgeführt, sondern sie arbeitet seit ihrer Gründungszeit mit einer bunten Vielheit von Trägern beschränkten Umfangs. Damit wird zunächst den besonderen Bedürfnissen der geschichtlich geschiedenen Versicherungszweige Rechnung getragen, Bedürfnissen, die vorwiegend versicherungstechnischer und versicherungsrechnerischer Art, zum Teil aber irrational und nur aus dem besonderen Gang der Entstehungsgeschichte verständlich sind. Die sechs Versicherungszweige (Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Angestellten-, Arbeitslosen-, Knappschaftsversicherung) sind gegeneinander nicht sämtlich nach der grundsätzlichen sachlichen Verschiedenheit der Versicherungsfälle (— hiernach würden sich nur vier Zweige ergeben, vgl. § 3 II 1), wohl aber in ihren organisatorischen Formen abgegrenzt, wobei die gesellschaftliche Verschiedenheit der versicherten Personenkreise mitgesprochen hat (Angestellten-, Knappschaftsversicherung). Schon hierin, erst recht aber wohl in der noch zu schildernden Vielgestaltigkeit der Versicherungsträger innerhalb ein und desselben Zweiges kommt die deutsche Freude an der Entfaltung reich abgestufter Organisationsformen und die deutsche Nachgiebigkeit gegen eigenbrödlerische Sonderwünsche zum Ausdruck. Jedem der getrennt organisierten Versicherungszweige entspricht zunächst ein Grundtypus von regelmäßigen Versicherungsträgern. Die Krankenversicherung ist für kleine, örtlich und nach anderen Gesichtspunkten abgegrenzte Personenkreise in zahlreichen Krankenkassen organisiert, damit ihre Hilfe rasch erlangt und eine wirksame Überwachung der

[1] Jacobi: Grundlehren S. 440.

Leistungsempfänger durchgeführt werden kann. Zu den Berufsgenossenschaften der Unfallversicherung und zur Reichsknappschaft sind in sich gleichartige Betriebsgruppen mit ihren Arbeitnehmern zusammengefaßt, weil so die versicherungsrechnerisch erwünschte Gleichartigkeit der Wagnisse (§ 2 III 1) und überdies die Möglichkeit einer vorbeugenden Unfallbekämpfung aus genauester Kenntnis der technischen Betriebsverhältnisse heraus erreicht wird. Für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind die Arbeiter großer Landstriche unter gefahrausgleichender beruflicher Mengung zu einigen wenigen Versicherungsanstalten zugeordnet, in deren fast überall angenommener Bezeichnung als Landesversicherungsanstalten übrigens keine rechtliche Kennzeichnung als Einrichtungen der Länder (Staaten) liegt. Die rechtliche Sonderung der Versicherungsanstalten gegeneinander ist in dem wichtigsten, geldwirtschaftlichen Punkte bedeutungslos, seit die Gesamtlast an Rentenleistungen auf sämtliche Träger der Invalidenversicherung nach Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen verteilt wird (§ 1405 RVO.). Die Angestelltenversicherung hat in der Reichsversicherungsanstalt einen für das ganze Deutsche Reich einheitlichen Träger, der dem Typus der Invalidenversicherungsanstalten sehr ähnelt und ihnen gegenüber zur Hauptsache eine nur dem Personenkreise nach geschiedene Doppelorganisation darstellt. Einheitlich für das Reichsgebiet ist auch der Träger der Arbeitslosenversicherung, dem zugleich Aufgaben der Arbeitsbeschaffung (Arbeitsvermittlung, Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung, Schaffung zusätzlicher Arbeitsgelegenheit, teilweise auch Arbeitsverteilung) gestellt sind und der hauptsächlich deshalb örtliche Gliederungen (Arbeitsämter und Landesarbeitsämter) aufweist. Von den regelmäßigen Trägern gibt es in der Kranken- und der Unfallversicherung Spielarten. Außerdem kommen in allen Versicherungszweigen (außer der Arbeitslosenversicherung) Sonderträgerschaften öffentlichrechtlicher Art und in der Kranken-, Angestellten-, Arbeitslosen- und Knappschaftsversicherung bürgerlichrechtliche Einrichtungen mit Ersatzwirkung vor. Alle diese Gebilde verzeichnet die Übersicht auf Seite 24/25.

3. Unter den sämtlichen Trägern der Sozialversicherung heben sich zunächst als engste Gruppe die regelmäßigen Versicherungsträger heraus, eigens für die Durchführung der Sozialversicherung geschaffene juristische Personen des öffentlichen Rechts, die für jeden der getrennt organisierten Versicherungszweige einen bestimmten Typus aufweisen. Unter sich sind die regelmäßigen Versicherungsträger insofern verschieden, als sowohl die Typen der Versicherungszweige voneinander abweichen wie auch innerhalb des Versicherungszweiges und seines Typus Spielarten vorkommen. Immerhin ähneln die regelmäßigen Versicherungsträger einander soweit, daß es möglich gewesen ist, im Ersten Buche der RVO. (§§ 3—34) dafür gemeinsame Vorschriften aufzustellen und die entsprechenden Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze diesen Vorschriften anzunähern. Als regelmäßige Versicherungsträger führt § 3 RVO. auf: für die Krankenversicherung die Krankenkassen, für die Unfallversicherung die Berufsgenossenschaften, für die Invalidenversicherung die (Landes-) Versicherungsanstalten. Hinzu kommen für die Angestelltenversicherung die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§ 93 AVG.), für die Arbeitslosenversicherung die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (§ 1 ArblVG.), für die Knappschaftsversicherung die Reichsknappschaft (§ 7 RKnG.), die beiden letztgenannten mit gesetzlich vorgeschriebenen Gliederungen. Auf die Verfassung dieser regelmäßigen Versicherungsträger wird die folgende Darstellung sich im allgemeinen beschränken. Von der äußeren Rechtsstellung dieser Träger wird sogleich (unter II) die Rede sein.

4. Zu den regelmäßigen Versicherungsträgern kommen andere, ebenfalls eigens geschaffene, selbständige Personen des öffentlichen Rechts und bilden mit ihnen die Gruppe der Versicherungsträger im eigentlichen Sinne, deren gemeinsames Merkmal darin zu finden ist, daß ihr Daseinszweck sich in der

unmittelbaren Verwirklichung des Sozialversicherungsrechts wesentlich erschöpft. Durchweg zeigen die Versicherungsträger im eigentlichen Sinn einen Selbstverwaltungseinschlag (§ 2 III 5). Neben der unmittelbaren Trägerschaft eines regelmäßigen Versicherungsträgers ergeben sich beim Auftreten eines eigentlichen Versicherungsträgers zwei Unterfälle: entweder ist der Träger eigens und nur für eine beschränkte Aufgabe innerhalb eines Versicherungszweiges geschaffen, ohne regelmäßiger Versicherungsträger zu sein (z. B. die Versicherungsgenossenschaft, die auf Grund des § 629 Abs. 2 Satz 3 RVO. durch Bekanntmachung vom 10. Oktober 1912, AN. S. 925, für Reittier- und Privatfahrzeughaltung errichtet und deren Zuständigkeit durch V. vom 17. Mai 1929, RGBl. I S. 104, auf Schauspielunternehmungen und Bewachungsbetriebe erstreckt ist), oder ein für andere Sozialversicherungsaufgaben geschaffenes, dort als regelmäßiger Versicherungsträger auftretendes Rechtssubjekt übernimmt einer ihn ohnehin angehenden Personenteilgruppe gegenüber die Durchführung eines Versicherungszweiges (z. B. die Reichsknappschaft die Krankenversicherung der in knappschaftlich versicherten Betrieben beschäftigten Arbeitnehmer nach § 15 RKnG.).

5. Die besonderen Rechtsgebilde, denen die Durchführung der Sozialversicherung übertragen ist (vgl. auch § 2 III 1), sind nicht sämtlich zu voller Selbständigkeit und Rechtsfähigkeit entwickelt. Manche von ihnen sind unselbständige Gliederungen eines dahinterstehenden öffentlichen Rechtssubjektes. Hebt die Stelle, die ein bestimmtes Stück Sozialversicherung durchzuführen hat, sich von der übrigen Organisation des dahinterstehenden Rechtssubjektes deutlich ab, so daß sie in den Gesetzen als Abteilung (z. B. die See-Krankenkasse, § 476 RVO.), als Zweiganstalt (der Unfallversicherung, § 629 RVO.) oder als Sonderanstalt (der Invalidenversicherung, §§ 1360, 1375 RVO.; vgl. aber § 103 RKnG.) bezeichnet ist, so wird sie gewöhnlich unter die Versicherungsträger im weiteren Sinne gerechnet (zu denen daneben die Versicherungsträger im eigentlichen Sinne gehören). Solche unselbständige Trägerschaften von Sozialversicherung mit Sonderorganisation finden sich sowohl bei eigentlichen Versicherungsträgern als Nebenaufgabe (so bei den Berufsgenossenschaften die Zweiganstalten, § 629 RVO., und die Sonderanstalt „Seekasse", § 1375 RVO., die ihrerseits wieder die besondere Abteilung „See-Krankenkasse" hat, § 476 RVO.; bei der Reichsknappschaft sind jedenfalls die besonderen Krankenkassen, §§ 18, 183 RKnG., hierher zu rechnen, während man wegen der Einordnung der Bezirksknappschaften, §§ 9, 17, 165ff. RKnG., und der beiden Pensionskassen, §§ 28, 49 RKnG., schwanken kann), wie sie auch in der Hand von Personen des öffentlichen Rechts liegen könnten, die für einen weiteren Kreis von Zwecken, insbesondere als Gemeinwesen, bestehen. Die jetzt vorhandenen Sonderanstalten der Invalidenversicherung (§§ 1360ff. RVO.), insbesondere die Sonderanstalten der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft („Arbeiter-Pensionskassen", vgl. § 11 RBPersG.) sind allerdings, über die Erfordernisse der RVO. hinaus, mit juristischer Persönlichkeit des öffentlichen Rechts ausgerüstet und damit zu Versicherungsträgern im eigentlichen Sinne gemacht. Bei den ohne eigene Rechtsfähigkeit bestehenden Versicherungsträgern im weiteren Sinne handelt es sich wie bei den eigentlichen Versicherungsträgern um Gebilde des öffentlichen Rechts, die eigens zur Durchführung von Sozialversicherung bestimmter Art für bestimmte Personengruppen entwickelt sind. Für ihre Verwaltung bestehen zumeist besondere Organe, die rechtlich als Organe des dahinterstehenden Rechtssubjektes anzusehen sind. Die nicht rechtsfähigen Versicherungsträger fallen unter den organisationsrechtlichen Begriff der unselbständigen öffentlichen Anstalt.

6. Auch damit ist die Gesamtheit der Stellen noch nicht erschöpft, die an der materiellen Durchführung der Sozialversicherung beteiligt sind. Will man den Ausdruck Versicherungsträger in einem weitesten Sinne verwenden, so umfaßt er außer den schon aufgeführten und eigens für die öffentlichrechtliche Trägerschaft

Übersicht der Versicherungsträger und sonstigen

	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Invalidenversicherung
Regelmäßige Versicherungsträger	**Krankenkassen** § 225 RVO. **Ortskrankenkassen** § 226 RVO. **Allgemeine O.** § 226 RVO. **Besondere O.** § 239 RVO. **Landkrankenkassen** § 226 RVO. **Betriebskrankenkassen** § 245 RVO. **Innungskrankenkassen** § 250 RVO.	**Berufsgenossenschaften** **Gewerbliche B.** §§ 623, 629a RVO. **See-Berufsgenossenschaft** § 1118 RVO. **Landwirtschaftliche B.** § 956 RVO.	**(Landes-) Versicherungsanstalten** § 1326 RVO.
Sonstige öffentlich-rechtliche Sondergebilde juristische Personen	**Reichsknappschaft** § 15 RKnG. (durch Bezirksknappschaften § 17 RKnG., besondere Krankenkassen § 18 RKnG.)	Versicherungsgenossenschaft § 629 RVO. Versicherungsverbände §§ 627, 627a, 628 RVO.	**Reichsknappschaft** § 103 RKnG., als Sonderanstalt § 1360 RVO. Sonderanstalten des Reiches usw. § 1360 RVO (bestehen nicht) Sonderanstalten d. Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft (Arbeiter-Pensionskassen) § 11 RBPersG.
nicht rechtsfähige Gebilde	See-Krankenkasse § 476 RVO.	Zweiganstalten der Berufsgenossenschaften §§ 629, 1120 RVO.	Sonderanstalt der See-Berufsgenossenschaft (Seekasse) § 1375 RVO.
Öffentliche Rechtssubjekte mit allgemeineren Aufgaben	—	***Deutsches Reich*** §§ 624, 957, 1119 RVO. ***Länder*** §§ 625, 627, 957, 1119 RVO. ***Gemeinden*** §§ 627, 627a, 628 RVO. Gemeindeverbände § 628a RVO. Deutsche Reichsbahn-Gesellschaft § 626 RVO. andere Körperschaften, Stiftungen und Anstalten des öffentlichen Rechts, Abschn. B Art. 37 G. v. 20. Dez. 1928 (nur für Feuerwehren) (sämtlich durch Ausführungsbehörden §§ 892, 1033, 1218 RVO.)	—
Bürgerlichrechtliche Gebilde	*Ersatzkassen* § 503 RVO. nämlich *vormals eingeschriebene Hilfskassen*, Abs. 1 *Berufskrankenkassen*, Abs. 2 mit Befreiungswirkung § 517 RVO.	—	—

Erklärung: **halbfett:** juristische Personen des öffentl. Rechts nach allgemeiner Bestimmung eines als öffentliches Gemeinwesen; gesperrt: juristische Personen des öffentlichen Rechts kraft Sondervorschrift nicht rechtsfähig oder braucht es nicht zu sein.

Stellen, die Sozialversicherung materiell durchführen.

Angestelltenversicherung	Arbeitslosenversicherung	Knappschaftsversicherung	
Reichsversicherungsanstalt für Angestellte § 93 AVG.	**Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung** § 1 ArblVG. (mit Hauptstelle Landesarbeitsämter Arbeitsämter § 2)	**Reichsknappschaft** § 7 RKnG. (mit Bezirksknappschaften §§ 17, 165 RKnG. sowie Arbeiterpensionskasse § 28 RKnG. Angestelltenpensionskasse § 49 RKnG.)	Versicherungsträger im eigentlichen Sinne
Reichsknappschaft § 49 RKnG. (durch Angestelltenpensionskasse)	—	(**Gemeinsame Betriebskrankenkasse** § 19 RKnG.)	
—	—	Besonderen Krankenkassen §§ 18, 183 RKnG.	Versicherungsträger im weiteren Sinne
—	—	—	
Ersatzkassen § 363 AVG. mit Befreiungswirkung *Lebensversicherungsunternehmungen* § 375 AVG. mit der Wirkung der Halbversicherung Zuschußkassen §§ 360, 362 AVG. mit Leistungsanrechnung	Versorgungseinrichtung des Arbeitgebers § 80 ArblVG.	*Ersatzkassen* der Krankenversicherung § 15 RKnG.	Versicherungsträger im weitesten Sinne

Sozialversicherungsgesetzes (§ 4 RVO., § 94 AVG., § 1 ArblVG., § 8 RKnG.); ***halbfett Kursiv:*** rechtsfähig oder Verleihung; *Kursiv:* juristische Personen des Privatrechts; ohne Kennzeichnung: die Einrichtung ist

von Sozialversicherung geschaffenen Gebilden — Versicherungsträgern im weiteren Sinne — noch zweierlei rechtliche Erscheinungen.

a) Zu einem geringen Teile nämlich ist die deutsche Sozialversicherung ohnehin vorhandenen und allgemeineren Aufgaben dienenden öffentlichen Rechtssubjekten (dem Reich, Ländern, Gemeinden und ähnlichen Verbänden, der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft) zur unmittelbaren Durchführung überlassen. Die besondere, der Unfallversicherung entsprechende Aufgabe wird von diesen Rechtssubjekten, die zumeist Gebietskörperschaften und ihrer Spannweite nach Gemeinwesen sind, gewissermaßen beiher erledigt, ohne daß die erforderlichen Mittel versicherungsmäßig aufgebracht würden und ohne daß die dafür benutzten Einrichtungen deutlich von der übrigen Organisation der Aufgabenträger abgegliedert wären. Immerhin werden bei solchen Versicherungsträgern im weitesten Sinne zur Wahrnehmung der sonst den sozialversicherungsrechtlichen Organen zustehenden Rechte und Pflichten Ausführungsbehörden bestimmt (§§ 892ff. RVO.). Ob die Bezeichnung als nichtrechtsfähige (unselbständige) öffentliche Anstalt für die der Sozialversicherung zugekehrten Verwaltungseinrichtungen auch bei solcher Gestaltung der Trägerschaft anzuwenden sei, läuft mehr auf eine Wortspielerei als auf eine Rechtsfrage hinaus.

b) Neben den öffentlichrechtlich geordneten und letzten Endes immer auf ein Subjekt des öffentlichen Rechts zu beziehenden Trägerschaften der Sozialversicherung stehen mit Rechtsfähigkeit ausgerüstete Privatrechtsgebilde, die zwar für die Durchführung öffentlichrechtlicher Sozialversicherung nicht in Frage kommen, bei denen jedoch eine bürgerlichrechtliche Versicherung mit der Wirkung genommen oder fortgesetzt werden kann, daß — in abgestuftem Umfang — Befreiung des Versicherten von den gewöhnlichen Folgen des sozialversicherungspflichtigen Tatbestandes eintritt. So gibt es „Ersatzkassen" in der Krankenversicherung (nämlich ehemalige eingeschriebene Hilfskassen, s. § 3 I 1, und im Jahre 1927 zugelassene Berufskrankenkassen, § 503 RVO.), sowie Knappschaftsversicherung (§ 15 Abs. 4 RKnG.), und in der Angestelltenversicherung (§ 363 AVG.), ferner Versorgungseinrichtungen des Arbeitgebers in der Arbeitslosenversicherung (§ 80 ArblVG.). In der Angestelltenversicherung haben auch Verträge mit Lebensversicherungsunternehmungen teilweise Befreiungswirkung (§ 375 AVG.), während die Zuschußkassen (§ 360 AVG.) nur bei der Leistungsberechnung und Beitragsentrichtung mit dem regelmäßigen Versicherungsträger in Verbindung treten. Die Ersatzkassen und die sonstigen privaten Versicherungseinrichtungen als Versicherungsträger, wenn auch nur im weitesten Sinne, zu bezeichnen, empfiehlt sich wenig, weil dabei Irrtümer über die Natur des Versicherungsverhältnisses entstehen können. In die vorliegende Darstellung sind die bürgerlichrechtlichen Gebilde nur soweit einzubeziehen, als ihr Vorhandensein auf Rechtsverhältnisse der Sozialversicherung unmittelbar einwirkt; ein eigener Abschnitt wird ihnen nicht gewidmet.

Im weitesten Sinne verstanden, umschließt der Ausdruck Versicherungsträger ganz verschiedenartige Gebilde, denen nur gemeinsam ist, daß sie mit der Sozialversicherung zu tun haben. Der Ausdruck sollte deshalb so nur mit Vorsicht gebraucht werden. Im folgenden bedeutet er, wenn ohne Zusatz verwendet, nur die Versicherungsträger im eigentlichen Sinne.

Eine Übersicht über die sämtlichen Trägerschaften einschließlich der bürgerlichrechtlichen Gebilde mit Ersatzwirkung bietet die Tafel auf Seite 24/25.

II. Im bisherigen Verlaufe der Darstellung sind die Versicherungsträger mehrfach als Gebilde des öffentlichen Rechtes und als juristische Personen bezeichnet worden. Nunmehr ist es notwendig, diese Kennzeichnung näher zu begründen und noch einiges über die Stellung der Versicherungsträger im äußeren Rechtsverkehr zu sagen.

1. Die Träger der Sozialversicherung, und zwar alle mit Ausnahme der (bei I 6b aufgeführten) Privatrechtsgebilde mit bloßer Ersatzfunktion, führen öffent-

liche Verwaltung. Die Versicherungsträger im weiteren Sinne sind zur verwaltungsmäßigen Durchführung eines Stückes Sozialversicherung ins Dasein gerufen; die außerdem noch im weitesten Sinne vorhandenen Versicherungsträger (16a) sind ohnehin Subjekte öffentlicher Verwaltung. Aus den Vorarbeiten zu den Sozialversicherungsgesetzen und aus allen Erörterungen über die Sozialversicherungspolitik ergibt sich eindeutig, daß die soziale Versicherung in der Weise eingerichtet werden und sein solle, in der der Staat seine Verwaltung führt. Die Kaiserliche Botschaft von 1881 spricht programmatisch von einem „der Gesamtheit gegenüber begründeten Anspruch". Die Weimarer Reichsverfassung, deren „bloßen" Programmsätzen doch auch rechtliche Bedeutung, insbesondere für die Ausdeutung bestehender Gesetze, zukommt, weist im Art. 161 mit der das Reich festlegenden Zusage eines „umfassenden Versicherungswesens unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten" auf dessen verwaltungsmäßigen Charakter. Die verunglückte Wendung im § 94 Abs. 1 AVG., die bessere im § 1343 RVO., die Organe von Versicherungsanstalten zu öffentlichen Behörden erklären, das Vorhandensein einer wohlausgebauten staatlichen Aufsicht (unten 4 und § 30 III, S. 210ff.) bestätigen das Gesamtbild, daß es sich um öffentliche Verwaltung handelt, die nach öffentlichem Rechte zu erledigen ist. Das jüngste Sozialversicherungsgesetz weist im § 1 Abs. 3 ArblVG. ausdrücklich die Reichsanstalt dem öffentlichen Rechte zu — ein erfreulicher Niederschlag wissenschaftlicher Erkenntnis in der positiven Gesetzestechnik und wegen der Gleichartigkeit der ganzen Sozialversicherung eine neue Bestätigung des öffentlichrechtlichen Charakters aller ihrer Träger[1].

2. Die Versicherungsträger im eigentlichen Sinne sind juristische Personen des öffentlichen Rechts. Für die regelmäßigen Träger, deren Bildung in der RVO. vorgesehen ist, schreibt § 4 RVO. allgemein vor, daß sie rechtsfähig sind. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist nach § 94 Abs. 1 Satz 1 AVG., die Reichsknappschaft nach § 8 RKnG. ebenfalls rechtsfähig. Die Rechtsfähigkeit, die so den regelmäßigen Versicherungsträgern gesetzlich beigelegt ist, kann nur die des öffentlichen Rechtes sein, weil die damit ausgerüsteten Gebilde öffentliche Verwaltung zu führen haben. Für den jüngsten regelmäßigen Versicherungsträger, die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, sagt § 1 Abs. 3 ArblVG. ausdrücklich, daß sie eine „Körperschaft des öffentlichen Rechtes" ist; nach dem Sprachgebrauch der Reichsgesetze ist damit eine juristische Person des öffentlichen Rechts gemeint, ohne daß mit dem Worte Körperschaft etwas über die Art der öffentlichrechtlichen Person ausgesagt sein soll, so daß etwa Körperschaft im Sinne der Rechtslehre als gleichbedeutend mit Genossenschaft zu verstehen wäre. Die sonstigen eigentlichen Versicherungsträger sind durch Sondervorschrift oder Verleihung zu juristischen Personen des öffentlichen Rechts gemacht, so die Versicherungsgenossenschaft durch die Bezeichnung als „selbständiger Versicherungsträger" im § 629 Abs. 2 Satz 3 RVO., die Versicherungsverbände der §§ 627 bis 628 RVO. durch die im § 627a Abs. 4 RVO. gemachte Voraussetzung, daß es sich um Körperschaften handle, in Verbindung mit der landesrechtlichen Ordnung der Zweckverbände, endlich die Sonderanstalten (Arbeiter-Pensionskassen) der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft (§ 11 RBPersG.) durch Verleihung. Die publizistische Rechtsfähigkeit ermöglicht den Versicherungsträgern die Teilnahme an Rechtsbeziehungen des

[1] Alles Angeführte kann über die — naturgemäß hier nicht weiter zu erörternde — Unsicherheit der Unterscheidung zwischen bürgerlichem und öffentlichem Recht und der Zuweisung der Einzelerscheinung zu einer dieser Gruppen nicht hinwegtäuschen (vgl. zu dem Problem etwa Koellreutter: Art. Öffentliches Recht im HWB.RWiss.; Lutz Richter in Arch.Ö.R., NF. VIII S. 2ff.). Soweit die Unterscheidung rein positivrechtlich zu nehmen ist, liegt die Zuweisung der Sozialversicherung zum öffentlichen Recht mindestens seit Erlaß des § 1 ArblVG. klar. Auch wenn man die rechtlich geordneten Erscheinungen auf ihren gesellschaftlichen Hintergrund projiziert, dürfte die Sozialversicherung ziemlich eindeutig zu den Angelegenheiten gehören, denen staatlicher Handhabungsvorbehalt und öffentlichrechtliche Regelung gemäß ist.

öffentlichen wie des bürgerlichen Rechts; nicht etwa tritt eine besondere Privatrechtsfähigkeit zu der an sich bestehenden und nicht näher begründeten öffentlichen juristischen Persönlichkeit hinzu. Die an die Person der Versicherungsträger geheftete Rechtsfähigkeit ist also unbeschränkt für alle Rechtsgebiete. Das schließt nicht aus, daß in erheblichem Umfang an einzelne Rechtsverhältnisse tatbestandliche Beschränkungen geknüpft sind, die den Versicherungsträgern die Teilnahme an solchen Rechtsverhältnissen unmöglich machen. Insbesondere sind die Versicherungsträger allen den Beschränkungen unterworfen, die die juristischen Personen im Vergleich zu den natürlichen treffen.

Bei den sonstigen öffentlichrechtlichen Trägerschaften von Sozialversicherung ergibt sich die Subjektstellung aus dem, was unter I ausgeführt wurde, die Rechtsfähigkeit und der publizistische Charakter aus allgemeinen, hier nicht zu erörternden Gesichtspunkten. Die Privatrechtsgebilde mit Ersatzfunktion sind überwiegend juristische Personen des bürgerlichen Rechts. Dies müssen sein die Ersatzkassen der Krankenversicherung (§ 503 Abs. 1, 3 RVO., § 15 Abs. 4 RKnG.) und die Ersatzkassen der Angestelltenversicherung (§ 363 AVG., vgl. § 372 Abs. 2 alter Fassung) als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (§ 15 VersAufsG.), die Lebensversicherungsunternehmungen mit Halbversicherungswirkung in der Angestelltenversicherung (§ 375 AVG.) als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit oder als Aktiengesellschaften (§ 7 VersAufsG.). Für die Zuschußkassen der Angestelltenversicherung (§§ 360, 362 AVG.) und für die Versorgungseinrichtung des Arbeitgebers nach § 80 ArblVG. (die, soweit bekannt, nur bei den Firmen Carl Zeiß und Jenaer Glaswerk Schott & Gen. in Jena, sowie deren Filialen, besteht und dort im Statut der von Ernst Abbe errichteten, durch landesherrliche Verleihung rechtsfähigen Carl Zeiß-Stiftung zu Jena vorgesehen ist) ist die eigene Rechtsfähigkeit nicht zwingend vorgeschrieben.

3. Um am Rechtsverkehr teilnehmen und damit ihren Daseinszweck erfüllen zu können, bedürfen die Versicherungsträger als juristische Personen (und insofern bloße Gedankengebilde) handlungsfähiger Menschen, die ihren Willen bilden und in ihrem Namen auftreten. Sie müssen wie jeder Verband Organe haben, von denen mindestens eines nach außen hin als Vertreter maßgeblich zu handeln befugt ist. Dieses Vertretungsorgan, das wegen seiner überragenden Außenstellung als oberstes Organ der juristischen Person bezeichnet werden kann, ist bei den regelmäßigen Versicherungsträgern der RVO., bei der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung und bei der Reichsknappschaft der Vorstand (§ 5 RVO., § 21 ArblVG., § 151 RKnG.), bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte das Direktorium (§ 98 AVG.). Über die Zusammensetzung und Gewinnung dieses Organs und über sein Verhältnis zu den anderen Organen der Versicherungsträger wird im Zusammenhange mit der Selbstverwaltung später (in §§ 9, 10) zu handeln sein; zunächst ist nur seine Stellung nach außen zu besprechen. Diese umschreiben die Gesetze übereinstimmend derart, daß dies Organ den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich vertritt und die Stellung eines gesetzlichen Vertreters hat. Diese Sprechweise ist bürgerlichrechtlich (vgl. § 26 Abs. 2 BGB., § 231 Abs. 1 HGB.); sie macht aber auch für öffentlichrechtliche Personen deutlich, was damit gemeint ist, daß nämlich das so gekennzeichnete Organ zuständig ist, nach außen hin den Willen der juristischen Person auszusprechen und für sie nach jeder Richtung hin zu handeln. Die Vertretungsmacht des Vorstandes oder Direktoriums ist beschränkt durch das Gesetz, und zwar auch durch solche Vorschriften, die zunächst nur das Innenverhältnis der Organe betreffen (§ 5 Abs. 2 RVO. spricht von Beschränkungen, die sich aus dem Gesetz „ergeben", sich also nicht unmittelbar auf den Umfang der Vertretungsmacht zu beziehen brauchen; Entsprechendes muß auch für die anderen Versicherungsträger gelten, vgl. § 4 Abs. 2 ArblVG., § 151 Abs. 2, 3 RKnG.); die Vertretungsmacht kann (außer bei der Reichsversicherungsanstalt) weiter mit Wirkung gegen Dritte, also nach außen hin, durch die Satzung beschränkt werden, soweit nicht eine gesetzliche Bestimmung dem entgegensteht (§ 5 Abs. 2 RVO., § 4 Abs. 2, § 21 Abs. 3 ArblVG., § 151 Abs. 3 RKnG.). Durch die Satzung kann ferner bestimmt werden, daß auch einzelne Vorstandsmitglieder (wofür vorwiegend der überall notwendige Vorsitzende oder Präsident in Betracht kommt) oder einzelne

Mitglieder sonstiger Organe den Versicherungsträger vertreten können (§ 5 Abs. 3 RVO., § 21 Abs. 3 ArblVG., § 151 Abs. 3, § 158 Abs. 1 RKnG.). Zum Nachweis der Vertretungsmacht dient bei den regelmäßigen Trägern der RVO. und bei der Reichsknappschaft eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde (§ 6 Abs. 2 RVO., § 151 Abs. 4 RKnG.). Bei Reichsversicherungsanstalt und Reichsanstalt ist ein besonderer Ausweis für die Vertreter nicht vorgesehen; ihre Legitimation ergibt sich gewöhnlich aus dem Ineinandergreifen der Verfassung (Gesetz, bei der Reichsanstalt auch Satzung) und der Bestallung, die den Organmitgliedern in Beamtenstellung eingehändigt wird (vgl. § 4 Abs. 1 RBeamtG.).

4. Trotz der rechtlichen Selbständigkeit, die den Versicherungsträgern mit ihrer Erhebung zu juristischen Personen eingeräumt ist, genießen sie nicht Freiheit in dem Sinne, daß sie nach freiem Belieben oder reiner Willkür handeln dürften. Die Versicherungsträger als Verwaltungskörper sind vielmehr angewiesen auf ihren Daseinszweck, die Sozialversicherung und etwa sonst ausdrücklich übertragene Aufgaben (vgl. z. B. § 8 Abs. 3 RVersorgG., § 363a RVO.) durchzuführen. Für ihre Tätigkeit gelten die nirgends niedergelegten, aber im Bewußtsein der Beteiligten lebendigen Verwaltungsgrundsätze, wonach die Subjekte und Organe öffentlicher Verwaltung sich im Einzelfalle nicht auf einen rigorosen Rechtsstandpunkt stellen oder lediglich die eigenen Interessen wahrnehmen dürfen. Die Freiheitsschranken für die Versicherungsträger kommen im Gesetze zunächst bei der Finanzgebarung zum Ausdruck: die Mittel der Versicherungsträger dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden (so wörtlich § 25 Abs. 1 RVO., ähnlich § 204 Abs. 1 AVG.; die Verweisung in § 142 Abs. 1 RKnG. bezieht sich dem Wortlaute nach nur auf die Anlegung, §§ 26ff. RVO., nicht auf die Verwendung des Vermögens; dem Sinne nach ergibt sich die gleiche Schranke für die Reichsknappschaft und die Reichsanstalt aus der Gesamtheit der Vorschriften über ihre Finanzwirtschaft, §§ 112ff. RKnG., §§ 43, 45a, 142ff. ArblVG.). Die Rechtmäßigkeit der Verwaltung ist aber auch dadurch gesichert, daß die Vorsitzenden der Vorstände von Versicherungsträgern zur Beanstandung gesetz-oder satzungswidriger Organbeschlüsse verpflichtet sind (§ 8, § 357 Abs. 1, § 701 Abs. 1 RVO., § 194 ArblVG., §§ 159, 173 RKnG.). Durch solche Beanstandung wird das Eingreifen der Aufsicht herbeigeführt. Die Versicherungsträger führen nämlich kein Sonderdasein, sondern sind als juristische Personen des öffentlichen Rechts in den Gesamtbau des Staates eingegliedert und unterstehen einer staatlichen Aufsicht (§§ 30ff., 377, 722, 985, 1158, 1381 RVO., § 94 Abs. 2 AVG., § 47 ArblVG., § 189 RKnG. und zahlreiche weitere §§). Die Einzelheiten dieser Aufsicht, die dem inneren Sinne des öffentlichen Rechtes entspricht und von der kein unterstaatliches öffentliches Rechtssubjekt freibleibt, werden im III. Teile (§ 30 III) dargestellt.

5. Von den Grundrechten, die die Weimarer Reichsverfassung den Deutschen einräumt, genießen die Träger der Sozialversicherung als juristische Personen jedenfalls nicht die individualistischen, insbesondere nicht die dem Einzelnen gegebene Vereinigungsfreiheit (Art. 159). Auch gibt es keine besonderen Grundrechte der Versicherungsträger; der problematische Schutz der Selbstverwaltung kommt für sie nach dem Wortlaut des Art. 127 nicht in Frage. Wohl aber nehmen die Versicherungsträger an denjenigen allgemeinen Grundrechten teil, die nicht nur für Einzelmenschen gegeben sind, so etwa an dem Rechtsschutz (Art. 105, 107) und an den Wirkungen des Gleichheitssatzes (Art. 109).

III. Die Versicherungsträger teilt man gewöhnlich nach ihrem Organisationstypus ein in Genossenschaften und Anstalten. Die dritte Form juristischer Personen des öffentlichen Rechts, die der Stiftung, die nach tatsächlichem Bestand und denkökonomischer Rechtfertigung außerordentlich zweifelhaft ist, kommt für die Versicherungsträger von vornherein nicht in Betracht[1]. Aber auch öffentliche

[1] Nach Art. 37 Abs. 1 G. vom 20. Dezember 1928 (RGBl. I S. 405) kann die oberste Verwaltungsbehörde zu Trägern der Unfallversicherung für Feuerwehren an Stelle des Landes u. a. Stiftungen des öffentlichen Rechtes machen. Geschieht dies, so bestätigt diese Ausnahme die Regel.

Genossenschaften und (rechtsfähige) öffentliche Anstalten erweisen sich gerade am Beispiel der Versicherungsträger als Typen, zwischen denen unübersehbar viele Übergangsformen bestehen und die sich durch kein Merkmal scharf voneinander abgrenzen lassen. Weder die von GIERKE und ROSIN vertretene Willens- und Zwecktheorie noch die hauptsächlich von OTTO MAYER entwickelte Lehre, wonach der Unterscheidungsgrund in der Art zu finden ist, wie die der öffentlichen juristischen Person zugehörigen Privatpersonen bestimmt sind — bei der Genossenschaft als geordneter Verein greifbar in Erscheinung tretend, bei der Anstalt als im Hintergrunde bleibender, verhältnismäßig unbestimmter Kreis von Einzelnen, denen genützt werden soll —, führt zu eindeutigen Ergebnissen[1]. Terminologisch ist ferner zu beachten, daß man schließlich auch bei den genossenschaftlichen Versicherungsträgern die objektivierten Einrichtungen, den Bestand an sächlichen wie persönlichen und immateriellen Mitteln, die in der Hand des Verwaltungssubjektes seinem besonderen öffentlichen Zwecke dauernd zu dienen bestimmt sind, als Anstalt bezeichnen kann, die dann freilich unselbständige, nicht rechtsfähige Anstalt der betreibenden Körperschaft bleibt. Will man trotz dieser Bedenken die Versicherungsträger nach ihrer größeren Annäherung an den genossenschaftlichen oder anstaltlichen Typus sondern, so dürfte innerhalb des (im öffentlichen Recht immer wieder als Hilfsmittel dienenden) Gesamtbildes hauptsächlich entscheidend sein, ob auf die Verwaltung ein fortlaufender Einfluß des übergeordneten öffentlichen Gemeinwesens, über die besonderen Rechtsformen der Aufsicht hinaus, vorgesehen ist. Wo dies, aus finanziellen oder allgemeinen politischen Gründen[2], der Fall ist, nämlich bei den Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung, bei der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung und bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, rechtfertigt sich die Annahme von öffentlichen Anstalten (und damit der gesetzliche Sprachgebrauch). Wo jener Einfluß im gewöhnlichen Gange der Dinge fehlt, bei den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und der Reichsknappschaft, liegen öffentliche Genossenschaften (gleichbedeutend mit Körperschaften) vor. Die Berufsgenossenschaften jedoch stellen sich vom Standpunkte der Versicherten aus, die nicht ihre Mitglieder und an ihrer Verwaltung nur mit geringem Einfluß beteiligt sind, mehr als Anstalten dar. Der Gegensatz der beiden Organisationsformen wird innerhalb der Sozialversicherung vor allem dadurch überbrückt, daß den beteiligten Privatpersonen in allen Versicherungsträgern, entsprechend dem Programm der Kaiserlichen Botschaft wie des Art. 161 RV., ein Selbstverwaltungseinfluß eingeräumt ist, der zwar seiner Stärke nach abgestuft, seiner rechtspolitischen Grundidee und seiner positivrechtlichen Art nach aber einheitlich ist und nicht wohl in die beiden (in ihrer betonten Trennung überlebten) Kategorien der körperschaftlichen und der politisch-bürgerlichen Selbstverwaltung aufgespalten werden kann, deren Inbezugsetzung auf genossenschaftliche Versicherungsträger einerseits, anstaltliche andererseits bezeichnenderweise niemals versucht worden ist. So erweisen sich die mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgerüsteten öffentlichrechtlichen Versicherungsträger als Unterarten einer einheitlichen Gattung, die organisatorische Unterschiede nur in Nebenpunkten zeigen und zu deren Verständlichmachung die Einteilung in Genossenschaften und Anstalten nur ein untergeordnetes denktechnisches Hilfsmittel sein kann.

---

[1] Nachweis und Schriftenangaben bei JACOBI: Die Träger der Sozialversicherung und ihre Angehörigen (1916) S. 23ff. Wenn hier JACOBI selbst sich der Lehre OTTO MAYERS anschließt, so zeigen gerade seine Ausführungen, daß diese Lehre vor der Gefahr der Zirkelschlüsse nicht völlig gesichert ist.

[2] Der mehr genossenschaftliche Typus erscheint dort bevorzugt, wo schon die finanzielle Konstruktion verhindert, daß der Versicherungsträger zu mächtig wird. Solche Träger, die große Kapitalien anzusammeln haben, sind mehr anstaltlich organisiert; die Abweichung bei der Reichsknappschaft ist geschichtlich bedingt. Der Staatseinfluß auf die anstaltlichen Träger ist aber gemildert durch deren (freilich nicht überall, z. B. nicht beim Reich als Unfalleistungsträger, gegebene) Rechtsfähigkeit und durch genossenschaftliche Einschläge.

§ 7. Die an der Sozialversicherung beteiligten Privatpersonen.

Zu dem Kreise der Personen, die an den Rechtsverhältnissen der Sozialversicherung teilnehmen, gehören neben den Versicherungsträgern, juristischen Personen des öffentlichen Rechts, zahlreiche Privatpersonen, die teils natürliche Personen, teils juristische Personen des bürgerlichen Rechtes[1] sind. Sie machen den Rohstoff aus, aus dem die Versicherungsträger organisiert sind. Sie stehen als Verpflichtete und Berechtigte den Versicherungsträgern gegenüber in fast unzähligen einzelnen Rechtsverhältnissen, vor allem im Beitragsverhältnis und im Leistungsverhältnis. Unter ihnen heben sich die großen Gruppen der Versicherten (I) und ihrer Arbeitgeber (II) heraus. Daneben haben die Versicherungsträger es zu tun mit Menschen, denen sie Leistungen auszureichen haben, ohne daß die Empfänger bei ihnen versichert sind (III), und mit Personen, deren sie zur Durchführung ihrer Leistungen und ihrer sonstigen Verwaltung bedürfen (IV).

I. Die Versicherten, um derentwillen die ganze Sozialversicherung eingerichtet ist, die gegebenenfalls die Leistungen beanspruchen können und die zumeist zu Beiträgen herangezogen werden, führen die Gesetze unter der Überschrift „Umfang der Versicherung", meist sogleich am Anfange der materiellrechtlichen Regelung, auf (§§ 165ff., 537ff., 915ff., 1046ff., 1226ff. RVO., §§ 1ff. AVG., §§ 69ff. ArblVG., in etwas abweichender Gesetzestechnik §§ 1ff., 15f., 28ff., 49ff., 101 RKnG.). Sie gliedern sich in die zwei Gruppen der Versicherungspflichtigen (A) und der Versicherungsberechtigten (B). Die positivrechtliche Abgrenzung beider Gruppen ist von dem Gedanken geleitet, den Kreis der Versicherten typisierend abzustimmen auf den Kreis der Menschen, die nach dem vorausgesetzten Sinn der Sozialversicherung der Teilnahme daran wirtschaftlich und sozialpolitisch bedürftig erscheinen (oben § 2 III 3). Wo dieses Bedürfnis nach Ansicht der Gesetzgebungsträger eindeutig zu bejahen ist, entscheidet allein der öffentlichrechtliche Zwang (daselbst 2) über die Teilnahme des dann Versicherungspflichtigen an der Einrichtung; bei durchschnittlich minder klarer Lage wird Begründung oder Fortbestand des Versicherungsverhältnisses von der eigenen Entschließung des dann Versicherungsberechtigten mit abhängig gemacht. Immer aber sind die Versicherten Menschen, bei denen bestimmte Umstände gegeben sind, in deren Person ein bestimmter Tatbestand verwirklicht ist, ohne daß es dabei noch auf eine besondere Versicherungsfähigkeit[2, 3] neben ihrer allgemeinen Rechtsfähigkeit ankäme.

[1] Auf der Arbeitnehmerseite, insbesondere als Versicherte, kommen nur „natürliche Personen" in Betracht, weil nur Menschen imstande sind, den rechterheblichen Arbeitstatbestand zu verwirklichen (vgl. Lutz Richter: Arbeitsrecht als Rechtsbegriff 1923, S. 11). Als Arbeitgeber und als Lieferer von Arzneien usw. können auch im Umkreis des Sozialversicherungsrechts juristische Personen auftreten. Vorwiegend handelt es sich dabei um juristische Personen des bürgerlichen, oft des Handelsrechts. Es kommt vor, daß auch juristische Personen des öffentlichen Rechts wegen ihrer Arbeitgeberfunktion oder als Träger von Krankenanstalten usw. mit der Sozialversicherung in Berührung kommen; da aber ihre öffentlichrechtliche Eigenschaft hierbei keine Rolle spielt, sie vielmehr wie Privatrechtssubjekte auftreten, können sie bei grundsätzlicher Betrachtung beiseite gelassen werden.

[2] Kaskel (in Kaskel-Sitzler: Grundriß S. 29ff.) legt auf den Begriff der Versicherungsfähigkeit großes Gewicht, bezeichnenderweise ohne bei der Einzeldarstellung (S. 65ff., 168ff. usw.) eigentliche Folgerungen daraus zu ziehen. Bei näherem Zusehen erweist die Versicherungsfähigkeit sich als gleichbedeutend mit der Summe der Tatbestandsmerkmale, die ein Versichertsein herbeiführen oder ermöglichen. Sie ist nicht eine persönliche Eigenschaft, die der Versicherte neben der (allgemeinen) Rechtsfähigkeit aufweisen müßte, wenn die Tatbestandsstücke bei ihm zur Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung führen sollen, während bei Menschen ohne diese Eigenschaft die gleichen Tatbestände nicht die gleiche Folge hätten. Insbesondere kommt es nicht an auf Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Personenklasse (s. § 2 I 3 und sogleich im Text); der Tatbestand, der zum Versicherten macht, hat diese Wirkung unabhängig von der Klassenzugehörigkeit oder sonstigen sozialen Stellung des Menschen, bei dem er vorliegt. Der Begriff der Versicherungsfähigkeit liefert demnach nichts als einen (terminologischen) Oberbegriff für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte und ist tautologisch mit dem Begriffe der Versicherten.

[3] In anderem Sinne konnte von Versicherungsfähigen gesprochen werden mit Bezug auf

A. Die Versicherungspflichtigen machen die Hauptmasse der Versicherten aus. Der Ausdruck Versicherungspflichtige ist ebensowenig wie der Ausdruck Versicherungspflicht oder Versicherungszwang ganz zutreffend, weil in der Sozialversicherung keine durch eigene Willensentschließung zu erfüllende Pflicht zum Beitritt auferlegt noch auch ein hinleitender Zwang zur Teilnahme ausgeübt wird, sondern die Rechtsfolge des Versichertseins, der organisatorischen Zugehörigkeit mit ihren Entfaltungen im Beitrags- und Leistungsverhältnis, unmittelbar von Rechtsordnungs wegen an bestimmte Tatbestände geknüpft ist (vgl. auch § 2 III 2). Ein deutsches Eigenschaftswort, das dieser Rechtslage völlig entspräche, läßt sich nicht bilden; „ipso-jure-Versicherte" käme der Sache am nächsten. Solche Menschen, bei denen der die Versicherung unmittelbar auslösende Tatbestand als vorhanden hypothetisch vorgestellt wird, bezeichnet man als Versicherungspflichtige. Ist die Rechtsfolge des Versichertseins bereits eingetreten, handelt es sich also um irgendeinen wirklichen Fall, so spricht man besser von Pflichtversicherten.

1. Die Abgrenzung der Versicherungspflichtigen bietet der Gesetzgebung wie der Wissenschaft einige Schwierigkeiten. Zunächst sind deshalb einige Bemerkungen zu machen über die Methoden, die hierbei in den Gesetzen (a) und in der älteren (b) und neueren Wissenschaft (c) angewendet werden. Die eigene Darstellung, deren Art dann kurz zu rechtfertigen sein wird (d), gibt zuerst die gesetzlichen Regeln über die Versicherungspflicht (2), sodann die Ausnahmen davon (3) wieder.

a) Die Gesetzestechnik, die der Bestimmung des Kreises der Versicherungspflichtigen dient, ist nicht sehr glatt und nicht einartig. Entsprechend der schrittweisen Entwicklung der Sozialversicherung werden vielfach noch einzelne verhältnismäßig kleine Gruppen von Personen nebeneinander gestellt, die der Versicherung unterliegen sollen (z. B. § 165 Abs. 1 RVO.). Anderwärts versucht das Gesetz mit dem Sprachgebrauch, der Lebensanschauung oder der wissenschaftlichen Erkenntnis entnommenen umfassenden Begriffen zu arbeiten, die dann aber doch wieder kasuistisch erläutert werden (§ 1 AVG.). Am bequemsten ist es für den Gesetzgeber, wenn er auf anderwärts bereits normierte Begriffe verweisen kann (§ 69 ArblVG., auch §§ 15 usw. RKnG.), wobei nur die Gefahr besteht, daß Unklarheiten nicht gelöst, sondern bloß verschoben werden. Wie auch immer die zu erfassenden Personen im ersten Anlauf bestimmt sind, ergibt sich meist die Notwendigkeit, weitere, einschränkende Merkmale in Nachsätzen und besonderen Paragraphen hinzuzufügen, so das Erfordernis der Entgeltlichkeit der Beschäftigung oder eine Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 2 RVO., § 1 Abs. 3 AVG.) oder für die Unfallversicherung die ihr unterliegenden Betriebe und Tätigkeiten (§§ 537ff., 915ff., etwas anders §§ 1046ff. RVO.). Insoweit handelt es sich immer noch um die Aufstellung der Regelvorschriften über die Versicherungspflicht (unten 2). Weil aber auch diese umständlichen Regeln dem gesellschaftlichen Sachverhalt noch nicht gerecht werden, sind weiter Ausnahmetatbestände vorgesehen, bei deren Vorliegen unmittelbar von Gesetzes wegen Versicherungsfreiheit besteht oder auf Antrag Befreiung von der Versicherungspflicht eintritt (unten 3).

Für die Aufstellung der Regeln sowohl wie für die Umgrenzung der Ausnahmetatbestände bedient der Gesetzgeber sich zumeist des von ihm selbst erlassenen

---

die unterstützten Erwerbslosen, die unter der Herrschaft der Erwerbslosenfürsorgeverordnung (zuerst nach den durch Änderungsverordnung vom 21. Dezember 1918, RGBl. S. 1445, eingefügten §§ 12aff., zuletzt nach den §§ 20ff. der Fassung vom 16. Februar 1924, RGBl. I S. 127, mit hier unwesentlichen späteren Änderungen) von der unterstützungspflichtigen Gemeinde bei einer Krankenkasse gegen Krankheit versichert werden sollten, d. h. konnten (und, wenn die Gemeinde dies unterließ, auf eine entsprechende Krankenhilfe durch die Gemeinde selbst Anspruch hatten). Die Erwerbslosen waren weder versicherungspflichtig noch als solche versicherungsberechtigt; es war aber die Möglichkeit ihrer Versicherung eröffnet und insofern waren sie versicherungsfähig. Machte die Gemeinde von der Versicherungsmöglichkeit Gebrauch, so standen die Erwerbslosen den Pflichtversicherten der Krankenversicherung im wesentlichen gleich.

Rechtssatzes, des förmlichen Gesetzes. Insbesondere die Versicherungspflicht besteht gewöhnlich auch in diesem Sinn unmittelbar kraft Gesetzes. Indessen kommt es vor, daß weitere rechtsetzende Faktoren eingeschaltet sind. So ist zur Bestimmung der Jahresarbeitsverdienstgrenze für die Angestelltenversicherungspflicht noch heute der Reichsarbeitsminister ermächtigt (§ 3 AVG.), während die entsprechende Bestimmung für die Krankenversicherungspflicht jetzt (seit dem G. vom 15. Juli 1927, RGBl. I S. 219) wieder im Gesetze selbst getroffen ist (§ 165 Abs. 2 RVO.). Gelegentlich ist auch der Versicherungsträger berufen, durch Satzung die Versicherungspflicht zu begründen (§ 548 RVO.), zu beschränken (§ 477 Abs. 3 RVO., dazu § 14 der Satzung der See-Krankenkasse vom 22. Dezember 1927, Auszug AN. 1928 S. 25, mit späteren Änderungen) oder Befreiungsmöglichkeiten vorzusehen (§ 477 Abs. 2 RVO., dazu § 10 der See-Krankenkassen-Satzung). Ähnliche Befugnisse zu satzungsmäßiger Regelung haben die Versicherungsträger übrigens auch hinsichtlich der Versicherungsberechtigung.

Ganz ausnahmsweise bedient das Gesetz sich zur näheren Bestimmung der Versicherungspflicht der eigenen Entschließung des Versicherten, in einem Fall ergänzt durch die Willenserklärung seines Arbeitgebers. Sind nämlich die Träger der Angestellten- und der Invalidenversicherung nicht einig darüber, ob ein Versicherungspflichtiger der einen oder der anderen Versicherung zu unterstellen ist, so ist zur Vermeidung eines verwaltungsgerichtlichen Verfahrens vor den Versicherungsbehörden die gemeinsame schriftliche Erklärung des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers einzuholen, deren übereinstimmender Wille dann maßgeblich ist (§ 193 AVG.). Die Pflichtversicherung unterstützter Arbeitsloser gegen Krankheit (§ 117 ArblVG.) ist auf befristeten Antrag des Versicherten statt bei der an sich zuständigen Krankenkasse bei dem Versicherungsträger (oder der Ersatzkasse) durchzuführen, dem der nunmehr Arbeitslose bisher angehört hat und demgegenüber er zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Versicherung gegen Krankheit berechtigt ist (§ 123 ArblVG.). Am weitesten geht die private Verfügungsmacht bei Soldaten (und ging bei Angehörigen der Schutzpolizei), die bei ihrer vorgesetzten Dienststelle die Versicherung, wenn sie sie für erwünscht halten, beantragen und hierbei zwischen Invaliden- und Angestelltenversicherung wählen können, die aber nach Stellung des Antrages Pflichtversicherte sind (§ 1226a RVO., § 4 Nr. 1 AVG.).

b) Aufgabe der Wissenschaft ist es, in das Vielerlei der gesetzlichen Bestimmungen über die Versicherungspflicht eine übersichtliche Ordnung zu bringen. Die Darstellungen älteren Stils geben im Anschluß an den Grundriß von KASKEL und SITZLER als Voraussetzungen der Versicherungspflicht die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Bevölkerungsklassen oder Berufsständen und das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses an. Nicht immer werden beide Merkmale so scharf auseinandergehalten wie bei KASKEL-SITZLER[1]. Sie lassen sich aber bei näherem Zusehen überhaupt nicht scheiden, sondern dienen gemeinsam der Umschreibung des einen Arbeitstatbestandes, der bei der Mehrzahl der Versicherungspflichtigen das Versichertsein zur gesetzlichen Folge hat (vgl. oben § 2 II 2). Nur scheinbar gibt der Gesetzeswortlaut Anlaß, neben der „Stellung" oder dem „Berufszweig", der versicherungspflichtig macht[2], noch das Erfordernis einer „bestimmt gearteten Beschäftigung"[3] aufzustellen. Denn wenn etwa im § 165 Abs. 2, im § 1226 Abs. 2 RVO., im § 1 Abs. 3 AVG. zur Voraussetzung der Versicherung für die im Abs. 1 Bezeichneten gemacht ist, „daß sie gegen Entgelt beschäftigt werden", so liegt der Ton hier auf „Entgelt", und das Wort „beschäftigen" tritt nur auf, weil eben irgendein Zeitwort gebraucht werden muß. Entsprechendes trifft für § 544 Abs. 1 RVO. zu, wo im Nachsatz weiter nichts als eben das Arbeiter-Sein oder Angestellter-Sein in gewissen Betrieben oder Tätigkeiten als Voraussetzung der Unfallversicherungspflicht gefordert wird. Voll-

[1] Grundriß S. 39, bes. Anm. 1, S. 66, 70, 169, 171 usw.
[2] KASKEL-SITZLER: a. a. O. S. 66, letzter Absatz. [3] a. a. O. S. 70, erster Absatz.

ends ergibt sich das begriffliche Zusammenfallen der Ausdrücke, die angeblich die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen bezeichnen, mit der „Beschäftigung" aus der Fassung des § 165 Abs. 1 RVO., wo in Nr. 2 Betriebsbeamte, Werkmeister usw. versicherungspflichtig gemacht werden, „wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet", und ähnlich in Nr. 5a Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts usw., „wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet". „Diese Beschäftigung" — das kann nichts anderes sein als eben die des Betriebsbeamten, des Angestellten; in den angeführten Gesetzesstellen liegen also nicht zwei voneinander getrennte Merkmale. Wohl aber zeigt sich, daß die Gesetzessprache an sich unterscheidbare Ausdrücke, wie Tätigkeits- und Stellungsbezeichnungen, das Wort „Beschäftigtwerden" und das Wort „Beruf", ziemlich wahllos durcheinander und im Grunde gleichbedeutend gebraucht. Wissenschaftliche Folgerungen können aus einem solchen Sprachgebrauch nicht gezogen werden.

c) Gegenüber der soeben besprochenen Darstellungsweise hat Erwin Jacobi[1] zutreffend darauf hingewiesen, daß den Ausgangspunkt für die Versicherungspflicht die Tatsache des Arbeitnehmer-Seins bildet, „daß grundsätzlich jeder Arbeitnehmer der Versicherungspflicht in der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung" (wozu jetzt noch die Arbeitslosenversicherung getreten ist) „unterliegt, wobei nur für die Unfallversicherung die Beschäftigung in einem unfallversicherungspflichtigen Betriebe vorausgesetzt wird und bei der Invalidenversicherung Arbeiter und Angestellte sich auf zwei verschiedene Versicherungszweige, die Invalidenversicherung der RVO. und die Angestelltenversicherung des AVG., verteilen", daß aber positive Einschränkungen und Ausdehnungen der Versicherungspflicht in großer Zahl erfolgen[2]. Für rein wissenschaftliche Zwecke, wie Jacobi sie verfolgt, ist diese Methode der Darstellung gewiß die einzig passende. Auch an dieser Stelle kann nicht genug betont werden, daß der Ausgangstatbestand, an den die Versicherungspflicht und damit der Kern des ganzen Sozialversicherungsrechts anknüpft, kein anderer ist als der arbeitsrechtliche Kerntatbestand des zeitgebundenen Arbeitens eines rechtsfähigen Menschen an ihm fremden Arbeitsgegenständen außerhalb ohnehin bestehender persönlicher Abhängigkeit[3], daß also das Sozialversicherungsrecht seinem Wesen nach ein Stück Arbeitsrecht ist (oben § 2 II 2). Indessen kann eine Sonderdarstellung der Sozialversicherung nicht ganz in der Art Jacobis vorgehen. Denn einmal ist der allgemeine Arbeitnehmerbegriff, der dabei zugrunde gelegt und an dem dann an Hand des positiven Rechts nur Abstriche und Ausbauten vorgenommen werden, selbst noch in der Arbeitsrechtswissenschaft umstritten; seine Klärung an dieser Stelle würde in Grundfragen des Arbeitsrechts allzu tief hineinführen. Sodann muß der Beweis geführt werden, daß wirklich das Gesetz mit seiner völlig anderen, aufzählenden Technik den Kreis der Versicherungspflichtigen so abgrenzt, daß er sich zur Hauptsache mit dem theoretisch gefundenen Begriffe des Arbeitnehmers deckt. So wenig Jacobi in seinem Zusammenhange diesen Beweis im einzelnen zu führen brauchte, so sehr würde er, in voller Breite geführt, die vorliegende Darstellung überlasten.

d) Im folgenden soll versucht werden, den Kreis der Versicherungspflichtigen (und anschließend der sonstigen Versicherten) in enger Anlehnung an das Gesetz und wie dieses aufzählend zu umschreiben, dabei aber offenbare Unebenheiten

---

[1] Grundlehren, S. 65ff. im Zusammenhange mit der Abgrenzung des Arbeitsrechts als juristischer Disziplin, wo er die Regelung der Versicherungspflicht als Beispiel für die positivrechtliche Abgrenzung des Arbeitnehmerbegriffs benutzt.

[2] Jacobi: a. a. O. S. 66, 67.

[3] Zur Auffindung dieses Tatbestandes und zur Ableitung des Arbeitsrechtsbegriffes vgl. Lutz Richter: Arbeitsrecht als Rechtsbegriff (ganz) und Grundverhältnisse, S. 2ff., Begriffsformel S. 11.

der Gesetzestechnik wie fehlerhafte Denkbehelfe der älteren Lehre beiseite zu lassen. Angestrebt wird besonders, Übereinstimmungen und Abweichungen der in den verschiedenen Versicherungszweigen versicherungspflichtigen Kreise herauszuarbeiten, um auch in diesem Punkte die im Grunde vorhandene Einheitlichkeit der ganzen Sozialversicherung zu zeigen. Daß tatsächlich die Hauptmasse der Versicherungspflichtigen von Arbeitnehmern gebildet wird, wird auf diese Weise beiher seine Bestätigung finden.

2. Die Gesetze zählen für alle Versicherungszweige mit Ausnahme der Angestelltenversicherung, für die eine Generalklausel besteht, verschiedene Tatbestände auf, deren Vorliegen bei einem Menschen diesen der Regel nach versicherungspflichtig macht. Insofern diese Tatbestände, z. B. das Arbeiter-Sein, zugleich auf die gesellschaftliche Lage des Menschen von wesentlichem Einfluß sind, ist es möglich, den Menschen selbst einfach mit einem aus dem Tatbestand abgeleiteten Hauptwort zu bezeichnen und etwa von einem „Arbeiter" zu sprechen statt von einem Menschen, der als Arbeiter arbeitet. Dies tut das Gesetz, und so entsteht der Eindruck, als werde für die Versicherungspflicht die soziale Stellung (z. B. des Arbeiters) und nicht einfach der Tatbestand (des Arbeitens, des Verrichtens von Arbeiter-Arbeit) vorausgesetzt; für den Eintritt der Rechtsfolgen und für die juristische Erkenntnis ist aber die übrige gesellschaftliche Stellung belanglos und nur der Tatbestand als solcher bedeutungsvoll. Mit diesem Vorbehalt kann hier dem gesetzlichen Sprachgebrauch gefolgt werden. Innerhalb der gesetzlich aufgezählten Tatbestände lassen sich Gruppen von Versicherungspflichtigen bilden, und zwar die der Arbeiter (a), der Angestellten (b), der Hausgewerbetreibenden (c), der Unternehmer (d) und eine Restgruppe der Träger sonstiger Tatbestände (e).

a) Von der Versicherungspflicht wurden am frühesten und werden noch heute in allen Versicherungszweigen (mit Ausnahme der Angestelltenversicherung, entsprechend der Gabelung von Invaliden- und Angestelltenversicherung) zunächst Arbeiter erfaßt (§ 165 Abs. 1 Nr. 1, § 544 Abs. 1 Nr. 1, §§ 922, 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO., § 69 Nr. 1 ArblVG., § 28, auch §§ 15, 101 RKnG.). So sehr damit die Sozialversicherung auf Lage und Bedürfnis der Arbeiterklasse, des Proletariats zugeschnitten ist, so kommt es doch für die Versicherungspflicht nicht darauf an, ob jemand dieser Klasse angehört, ob er seiner gesellschaftlichen Stellung nach Arbeiter ist, sondern darauf, daß er als Arbeiter arbeitet, mag er auch im übrigen soziologisch nicht als Arbeiter anzusprechen sein. Der entscheidende Tatbestand des Arbeiter-Seins ist dann gegeben, wenn jemand Arbeiter in concreto ist, wenn er Arbeiten bestimmter Art verrichtet. Durch ihre besondere Art unterscheidet sich die Arbeiter-Arbeit von der Arbeit sonstiger Arbeitnehmer. Die Eigenart der Arbeiter-Arbeit ist für die Lebenserfahrung unmittelbar anschaulich; sie ist aber begrifflich sehr schwer zu erfassen. Am nächsten kommt man der Sachlage mit der Formel, der Arbeiter leiste Handarbeit im Gegensatz zur Kopfarbeit des Angestellten; man darf dabei aber nicht vergessen, daß kein von einem Menschen betriebener Arbeitsvorgang den völligen Verzicht auf geistige Betätigung duldet, wie umgekehrt kein noch so hochgeistiger Arbeitsvorgang praktisch ohne äußeren Niederschlag vollzogen und in den Bereich des wirtschaftlich Erfaßbaren und rechtlicher Regelung Zugänglichen gebracht werden kann. Im allgemeinen wird es sich bei Arbeiter-Arbeit um ausführende Verrichtungen einfacherer Art, um sog. niedere Dienste handeln (wobei freilich die Vorstellung der operae illiberales vermieden werden möchte). In Zweifelsfällen entscheidet darüber, ob eine Kenntnisse und höhere geistige Tätigkeit erfordernde Arbeit noch als Arbeiter-Arbeit anzusehen ist, die Anschauung des Lebens, die von eingebürgerten gesellschaftlichen Schätzungen, insbesondere Selbsteinschätzungen der Beteiligten, geleitet wird. Die Vornahme einer Verrichtung der gedachten Art macht aber zum versicherungspflichtigen Arbeiter nur dann, wenn sie nicht im eignen Rechtsbereich vollzogen, sondern einem anderen Rechtssubjekt, dem Herrn des

Arbeitsgegenstandes, einem Arbeitgeber geleistet wird. Nur wenn das der Fall ist, kann man von einem Arbeiter sprechen; daß die Gesetze die Leistung der Arbeit an einen Arbeitgeber voraussetzen, erhellt überdies aus dem wiederholten Gebrauch der Wendung „beschäftigt werden". Arbeitet aber ein Mensch an fremden Arbeitsgegenständen, ist er (hier als Arbeiter) Arbeitnehmer, so wird er dadurch von dem Herrn der Arbeitsgegenstände, vom Arbeitgeber abhängig. Die Abhängigkeit ist in erster Reihe und immer eine persönliche, weil bei der Eigenart der Arbeit als zeitgebundenen Vorganges der arbeitende Mensch gezwungen ist, während der ganzen Dauer des Vorganges am Arbeitsorte zu weilen, seine Arbeitskraft und damit seine Persönlichkeit einzusetzen und die Einflüsse des Arbeitsvorganges, der Arbeitsumstände und des Herrn des Arbeitsgegenstandes zu dulden. Oft, aber erst in zweiter Reihe und nicht notwendig, zeigt sich auch eine wirtschaftliche Abhängigkeit des Arbeitnehmers vom Arbeitgeber. Wenn die Anleitung über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 (AN. S. 721; in Ziffer 10 und öfter) und fast das gesamte Schrifttum wirtschaftliche Abhängigkeit oder Unselbständigkeit (neben der persönlichen oder rechtlichen Abhängigkeit) als Voraussetzung der Versicherungspflicht aufführt, so hat das, jedenfalls für die Arbeiter, keine Grundlage im Gesetz; rechtliches Merkmal und gewöhnliche Begleiterscheinung werden hierbei verwechselt. Für die Versicherungspflicht kommt es auch nicht darauf an, ob die Arbeit im Hauptberuf oder im sog. Nebenberuf oder nur nebenbei verrichtet wird (anders in Nr. 2 und 5a des § 165 RVO.); auch hier zeigt sich, daß die wirtschaftliche Abhängigkeit des Arbeitnehmers gradweise abgestuft sein und bis auf Null herabgehen kann, während persönliche Abhängigkeit schon eine ganz kurzfristige Arbeit für ihre Dauer mit sich bringt. Das Arbeitsverhältnis, das den Arbeitenden versicherungspflichtig macht, muß gegenwärtig sein; es muß eine tatsächliche Beschäftigung stattfinden oder doch der Arbeiter dem Arbeitgeber rechtlich und wirklich zur Verfügung stehen. Doch heben kurze oder planmäßige Unterbrechungen der Arbeit (Pausen, Urlaub usw.) das Arbeitsverhältnis und die Versicherungspflicht nicht auf. Im einzelnen (z. B. beim sog. Aussetzen) können sich Schwierigkeiten ergeben, die nur für den jeweiligen Tatbestand zu lösen sind; Fortzahlung des Entgelts kann für Fortbestand des Arbeitsverhältnisses sprechen. Die Beziehungen zwischen dem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber, die als Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis die Versicherungspflicht auslösen, sind in der Regel rechtlich begründet. Sie müssen erlaubt sein; verstößt die Arbeitstätigkeit des Arbeitnehmers gegen ein gesetzliches Verbot oder gegen die guten Sitten, so entsteht keine Versicherungspflicht, wohl aber dann, wenn nur der Zweck (Betriebszweck), den der Arbeitgeber mit der Hinnahme der Arbeit verfolgt, sittenwidrig ist oder wenn der Arbeitgeber ein einseitig ihn treffendes Verbot (Arbeitnehmerschutzvorschrift) verletzt. Gewöhnlich liegt der Arbeit des Arbeitnehmers für den Arbeitgeber ein bürgerlichrechtlich wirksames, durch Vertrag oder auch durch privatrechtsgestaltenden Staatsakt (Zwangseinstellung von Schwerbeschädigten, § 7 SchwBeschG.) begründetes Arbeitsverhältnis zugrunde. Doch ist Gültigkeit des Arbeitsvertrages nicht Voraussetzung der Versicherungspflicht; es genügt, daß der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber so zur Verfügung steht, wie dies bei wirksamem Arbeitsvertrag der Fall zu sein pflegt. Das rein tatsächlich begründete Arbeitsverhältnis steht also für das Sozialversicherungsrecht als Tatbestand dem rechtsgeschäftlich begründeten gleich. Nicht erforderlich ist auch, daß das Arbeitsverhältnis unmittelbar zwischen dem, der tätig wird, und demjenigen hergestellt ist, dem die Tätigkeit zukommen soll und der die wirtschaftliche Gegenleistung aufbringt; versicherungspflichtig macht auch ein nur mittelbares Arbeitsverhältnis (z. B. der Frau des Pförtners zum Grundstücksbesitzer). Immer muß es sich handeln um eine rechtlich freiwillige Tätigkeit in dem Sinne, daß der Arbeitnehmer zum Arbeiten für den Arbeitgeber juristisch eben nur auf Grund des Arbeitsverhältnisses bez. des Arbeits-

vertrages verpflichtet ist, nicht aber die Arbeitspflicht sich aus einem ohne Rücksicht auf die zu leistende Arbeit bestehenden und den Arbeitenden persönlich abhängig machenden Verhältnis ergibt. Nicht versicherungspflichtig ist z. B. die Arbeit, die von Sträflingen kraft besonderen Gewaltverhältnisses des öffentlichen Rechts verlangt wird[1]. Nicht versicherungspflichtig machen Arbeiten, die zufolge familienrechtlicher Verpflichtung (§§ 1356, 1617 BGB.) geleistet werden. Treten aber Kinder zu ihren Eltern über das Maß dieser Verpflichtung hinaus in ein Arbeitsverhältnis, was rechtlich möglich ist, so löst auch dieses Versicherungspflicht aus; hingegen begründet zufolge § 159 RVO., § 8 AVG. die Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen keine Versicherungspflicht, mag sie auch noch so großen Umfang annehmen. Grundsätzlich keinen Unterschied macht das Sozialversicherungsrecht bei Verhältnissen, die um der Arbeit willen begründet sind, zwischen solchen, die unter das bürgerliche, und solchen, die unter das öffentliche Recht fallen. Insbesondere sind grundsätzlich auch Beamte versicherungspflichtig. Das ergibt sich daraus, daß in §§ 169f., 1234f. RVO. und anderen Bestimmungen unter besonderen Voraussetzungen Beamte von der Versicherungspflicht ausgenommen sind oder auf Antrag davon befreit werden können. Die Streitfrage, ob allgemein die öffentlichen Beamten als Arbeitnehmer anzusehen sind, ob das Arbeitsrecht auch das Beamtenrecht — unbeschadet seiner öffentlichrechtlichen Natur — umfaßt, kann hier nicht erörtert werden. Für die Sozialversicherung stehen die Beamten den bürgerlichrechtlichen Arbeitnehmern im Grundsatze gleich. Beamte, die Arbeiter-Arbeit verrichten, sind deshalb versicherungspflichtig, dafern nicht bei ihnen einer der Ausnahmetatbestände vorliegt. Größere Bedeutung allerdings als bei den Arbeitern hat die Gleichbehandlung der Beamten bei der Gruppe der Angestellten. — Die Bestimmung des für die Versicherungspflicht maßgebenden Tatbestandes, des Verrichtens von Arbeiter-Arbeit, geschah bis hierher vom Arbeitnehmer aus. Dabei hat es für die Kranken-, Invaliden- und Arbeitslosenversicherung sein Bewenden. Für die Unfallversicherung und die knappschaftliche Pensionsversicherung (sowie für die Zugehörigkeit zur knappschaftlichen Kranken- und Invalidenversicherung) ist der versicherungspflichtige Tatbestand weiter eingegrenzt durch ein Merkmal, das sich an den Arbeitgeber heftet. Hier wird nämlich Beschäftigung in einem Betrieb (oder bei einer Tätigkeit) bestimmter, unfallversicherter oder knappschaftlicher Art vorausgesetzt (s. unten zu a und b).

Eine Einschränkung erleidet der versicherungspflichtige Tatbestand des Arbeiter-Seins noch dadurch, daß nicht jede Verrichtung von Arbeiter-Arbeit versicherungspflichtig macht, sondern im allgemeinen nur eine solche, die gegen Entgelt stattfindet (§ 165 Abs. 2, § 1226 Abs. 2 RVO.). In der Arbeitsrechtswissenschaft ist streitig, ob unentgeltlich geleistete Arbeit dem Arbeitsrecht untersteht. Dies dürfte zu bejahen sein. Für das Sozialversicherungsrecht hat der Ausgang der Streitigkeit keine Bedeutung, weil für diesen Teil des Arbeitsrechts gesetzlich bestimmt ist, ob er auf unentgeltliche oder nur auf entgeltliche Arbeitsverhältnisse Anwendung findet. Kranken-, Invaliden- (und Angestellten-), Knappschafts- und Arbeitslosenversicherung setzen im allgemeinen Entgeltlichkeit der Arbeit für die Versicherungspflicht voraus; nur in der Unfallversicherung gilt das Umgekehrte. Unter Entgelt ist nach § 160 RVO. (und § 2 AVG.) jede vermögenswerte Gegenleistung für die Arbeit des Arbeitnehmers zu verstehen, neben Gehalt oder Lohn also auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehaltes oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. Das Entgelt kann demnach auch in bloßer Gelegenheit zur Erzielung von Einnahmen bestehen oder dem Arbeitnehmer von einer anderen Person als dem Arbeit-

[1] Deshalb das besondere G. betr. die Unfallfürsorge für Gefangene vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 36, später unwesentlich geändert). — Über die inzwischen erledigten Maßnahmen zugunsten Kriegsgefangener vgl. KASKEL in Jb. öff. Recht 1921, S. 103f.

geber gereicht werden (z. B. Trinkgelder). Sachbezüge werden zu einem pauschalierten Wert angerechnet, den die Versicherungsbehörden nach Maßgabe des § 160 Abs. 2 RVO. allgemein nach Ortspreisen feststellen. Ob die vom Lehrherrn geschuldete Ausbildung als solche ein Entgelt für die Arbeit des Lehrlings darstellt, kann zweifelhaft sein, bedarf aber angesichts der für Lehrlinge geltenden besonderen Vorschriften keiner Entscheidung. Entgeltlichkeit des Arbeitsverhältnisses ist insbesondere für die Versicherungspflicht der Arbeiter, außer in der Unfallversicherung, Voraussetzung. Dabei besteht nach unten hin eine Grenze nur in der Invalidenversicherung, insofern hier eine Beschäftigung versicherungsfrei ist, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird (§ 1227 RVO.). Die Versicherungsfreiheit vorübergehender Dienstleistungen (§§ 168, 1232 RVO., unten 3) umschließt auch solche Arbeiten, die nur nebenher und gegen geringfügiges Entgelt ausgeführt werden. Nach oben hin besteht für die Versicherungspflicht der Arbeiter keine Verdienstgrenze, weil das Gesetz davon ausgeht, daß die durch Arbeiter-Arbeit erzielten Entgelte im allgemeinen nicht so hoch sein werden, daß sie eine Versicherung überflüssig erscheinen ließen[1].

Neben den Arbeitern genannt und ihnen für die Versicherungspflicht gleichgestellt sind in den Gesetzen verschiedene Gruppen von Menschen, die ebenfalls Arbeiter-Arbeit oder eine ganz ähnliche Arbeit leisten (wobei es dank der positiven Anführung auf die Frage der Artgleichheit dieser Arbeiten nicht mehr ankommt). Nur Untergruppen der Arbeiter sind die Gesellen und Gehilfen. Unter Gesellen versteht der Sprachgebrauch handwerklich tätige oder wenigstens handwerklich vorgebildete Arbeiter (etwa gleich Facharbeiter); sie sind in § 165 Abs. 1 Nr. 1, § 544, § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. neben den Arbeitern genannt und zeigen keinerlei sozialversicherungsrechtliche Besonderheit diesen gegenüber. Der Ausdruck Gehilfen, der an sich eine Hilfstätigkeit anzeigt, ist sehr unbestimmt und greift in die Gruppe der Angestellten hinüber. Deshalb sind in § 1226 Abs. 1 Nr. 4 RVO. nur solche Gehilfen der Invalidenversicherungspflicht unterworfen, die nicht nach dem AVG. versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind. Aber auch für die Krankenversicherung und Unfallversicherung kann der Ausdruck nach der Systematik der §§ 165, 544 RVO. nur solche Menschen bezeichnen, die einfache, vorwiegend körperliche Arbeiten verrichten. Dasselbe gilt für die Hausgehilfen (im Gegensatze zu Hausangestellten), die in § 165 Abs. 1 Nr. 1, § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. aufgeführt sind. Für die Unfallversicherung fallen sie aus, weil der Haushalt als solcher nicht der Unfallversicherung untersteht. In der Arbeitslosenversicherung besteht für alle diese Personen und die von ihnen verwirklichten Tatbestände keine Besonderheit. Gleichgestellt sind den Arbeitern im allgemeinen auch diejenigen Lehrlinge, die zu einer Arbeiter-Arbeit (oft handwerklich) ausgebildet werden (§ 165 Abs. 1 Nr. 1, § 544 Abs. 1 Nr. 1, § 1226 Abs. 1 Nr. 4 RVO.). In der Arbeitslosenversicherung sind Lehrlinge unter besonderen Voraussetzungen (§ 74 ArblVG.) versicherungsfrei. In der Kranken- (und Unfall-) versicherung sind sie versicherungspflichtig auch dann, wenn sie (außer der Ausbildung, s. oben) kein Entgelt erhalten (§ 165 Abs. 2 RVO.). Aus der abweichenden Fassung des § 1226 RVO. muß geschlossen werden, daß in der Invalidenversicherung der Lehrling nur dann versicherungspflichtig ist, wenn er neben der Ausbildung ein weiteres Entgelt bezieht. — Den Arbeitern zuzurechnen sind auch die ebenfalls versicherungspflichtigen (§ 165 Abs. 1 Nr. 7, §§ 1046ff., 1226 Abs. 1 Nr. 3 RVO., § 69 ArblVG.) Seeleute und die Besatzungen von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt, soweit sie nicht als Kapitäne (Schiffsführer, Schiffer), Schiffsoffiziere (des Deck- und Maschinendienstes), Verwalter, Verwaltungsassistenten oder in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung Tätige nach dem AVG. versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind. Seeleute sind alle zum

[1] Auch die 8400-Reichsmark-Grenze des der Unfallrentenberechunng zugrunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes (§ 571c RVO.) wird bei Arbeitern nur ausnahmsweise praktisch werden.

Dienst auf einem deutschen Seefahrzeug während der Fahrt für Rechnung des Reeders geheuerten Personen (wegen der Einzelheiten und wegen des Begriffes „deutsches Seefahrzeug" vgl. § 163 RVO.). Die Versicherungspflicht der den Arbeitern gleichstehenden Seeleute und der Binnenschiffsbesatzungen setzt außer in der Unfallversicherung Entgeltlichkeit des Arbeitsverhältnisses voraus, ist aber nicht durch eine Verdienstgrenze beschränkt. — Nicht besonders genannt sind in den Sozialversicherungsgesetzen die Hausarbeiter oder Heimarbeiter (vgl. das Hausarbeitgesetz in der Fassung vom 30. Juni 1923, RGBl. I S. 472). Unter diesen Bezeichnungen versteht man in einem recht unsicheren Sprachgebrauch verschiedene Personengruppen. Auszusondern sind für das Sozialversicherungsrecht zunächst die Hausgewerbetreibenden (§ 162 RVO., unten c). Keine Besonderheit bieten diejenigen echten Arbeitnehmer, die als „Außenarbeiter" aus irgendeinem Grunde nicht in den gewöhnlichen Betriebsräumen, sondern bei sich zu Hause arbeiten, was meist nur vorübergehend der Fall sein wird. Echte Arbeitnehmer, meist Arbeiter, sind auch solche Menschen, die zu einem Hausgewerbetreibenden als ihrem Arbeitgeber im Arbeitsverhältnis stehen (vgl. § 470 Abs. 3 RVO.). Für diese Arbeitnehmer gelten die allgemeinen Regeln über die Versicherungspflicht. Dafern zwischen Hausgewerbetreibenden und echten Arbeitern noch eine Gruppe von Hausarbeitern festzustellen sein sollte, die ohne persönliche Abhängigkeit wirtschaftlich unselbständig und auf einen Verleger angewiesen wäre, muß angenommen werden, daß für diese „arbeitnehmerähnlichen Personen" (vgl. § 5 Abs. 1 Satz 2 ArbGerG.) Versicherungspflicht besteht und daß sie wie Arbeiter, ihre Verleger wie Arbeitgeber zu behandeln sind; dies ergibt sich durch den Schluß vom Stärkeren auf das Geringere aus der versicherungsrechtlichen Behandlung der Hausgewerbetreibenden. — Eine versicherungsrechtliche Gleichstellung mit den Arbeitern kann sich auch dadurch ergeben, daß eine Landesregierung die ihr im § 167 RVO. eingeräumte Befugnis gebraucht und früher zur Eingehung einer landesrechtlichen Versicherung verpflichtete Beschäftigte krankenversicherungspflichtig macht.

b) Eine zweite große Gruppe von Versicherungspflichtigen bilden die Angestellten. Die Technik ihrer Erfassung ist in den einzelnen Gesetzen verschieden. Am weitesten fortgeschritten ist sie im AVG., nach dessen § 1 Abs. 1 Angestellte schlechthin angestelltenversicherungspflichtig sind. Nur zur Klarstellung dient es, daß hier in Anlehnung an das frühere Recht (§ 1 der ursprünglichen Gesetzesfassung vom 20. Dezember 1911) einzelne Gruppen von Angestellten als gesetzliche Beispiele (unter dem Kennwort „insbesondere") aufgezählt sind und daß der Reichsarbeitsminister in § 1 Abs. 4 AVG. ermächtigt ist, die Berufsgruppen, die in den Kreis der Angestelltenversicherungspflicht fallen, durch Ausführungsbestimmung näher zu bezeichnen[1]. Alle so gekennzeichneten Menschen fallen unter den Oberbegriff „Angestellte" des Vordersatzes von § 1 Abs. 1 AVG. Angestellte schlechthin sind seit dem G. vom 20. Dezember 1928 (RGBl. I S. 405) auch in der Unfallversicherung versicherungspflichtig, wenn sie in einem unfallversicherten Betrieb oder bei einer unfallversicherten Tätigkeit tätig sind (§ 544 Abs. 1 Nr. 2 RVO.). In der Krankenversicherung sind nicht alle Angestellten versicherungspflichtig, sondern nur die im § 165 Abs. 1 Nr. 2 bis 5a, 7 RVO. aufgezählten Gruppen. Der Hauptunterschied gegenüber der Angestelltenversicherung besteht darin, daß in der Krankenversicherung Angestellte in leitender Stellung (§ 1 Nr. 1 AVG.) und Angestellte in höherer Stellung (Nr. 2) nicht erfaßt und daß Büroangestellte (Nr. 3) nicht erwähnt sind[2].

[1] Vor Erlaß solcher Rechtsverordnungen hat der Reichsarbeitsminister die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und das Reichsversicherungsamt anzuhören. Er hat auf Grund der Ermächtigung die Bestimmung von Berufsgruppen der Angestelltenversicherung, den sog. Berufsgruppenkatalog, unter dem 8. März 1924 (RGBl. I S. 274, Berichtigung S. 410) erlassen und durch Verordnungen vom 4. Februar und 15. Juli 1927 (RGBl. I S. 58, 222) geändert.

[2] Die Büroangestellten des § 1 Abs. 1 Nr. 3 AVG. stehen trotzdem nicht außerhalb der Krankenversicherung, gehen hier vielmehr auf in die anderen versicherungspflichtigen Gruppen,

In der Arbeitslosenversicherung erstreckt die Versicherungspflicht sich seit der Neufassung des ArblVG. vom 12. Oktober 1929 der Art nach auf alle Angestellten[1]. In der Knappschaftsversicherung folgt die Versicherungspflicht der der entsprechenden anderen Versicherungszweige (§§ 15, 49 RKnG.), so daß hier die gleichen, in knappschaftlichen Betrieben geleisteten Angestelltentätigkeiten versicherungspflichtig machen wie in der allgemeinen Kranken- und Angestelltenversicherung. Für die Invalidenversicherung kommen Angestellte seit dem G. vom 10. November 1922 (RGBl. I S. 849), das eine reinliche Scheidung des Personenkreises für Invaliden- und Angestelltenversicherung brachte[2], nicht mehr in Betracht. Wie bei den Arbeitern, so kommt es bei der Versicherungspflicht der Angestellten nicht darauf an, ob jemand seiner gesellschaftlichen Gesamtstellung nach als Angestellter anzusehen ist, sondern darauf, ob er Arbeiten bestimmter Art verrichtet und dadurch gegenwärtig zum Angestellten in concreto wird. Bei der artmäßigen Bestimmung der Angestellten-Arbeit tritt die gleiche Schwierigkeit auf wie bei der Arbeiter-Arbeit. Ihre praktische Überwindung ist aber hier dadurch erleichtert, daß in den Gesetzen einzelne Untergruppen von Angestellten — sei es exemplifikativ wie im AVG., sei es limitativ wie im § 165 RVO. — aufgezählt sind. Die für die Unterscheidung von Arbeitern und Angestellten maßgebende Lebensanschauung erfährt durch diese gesetzlichen Umschreibungsversuche Bestätigung und Anleitung. Im einzelnen sind die verwendeten Merkmale teils der Arbeitsverrichtung dessen, der als Angestellter gekennzeichnet werden soll (z. B. „kaufmännische Dienste" im § 1 Nr. 4 AVG.), teils der Art des Arbeitgebers und den von diesem verfolgten Zwecken (z. B. „Handlungsgehilfen"), teils der Berufsrichtung des Tätigen (§ 1 Nr. 6 AVG., § 165 Nr. 5, 5a RVO.), teils der gesellschaftlichen Stellung („Angestellte in höherer

---

insbesondere — je nach Lage des Falles — die „anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung" oder die „Gehilfen". Umgekehrt sind „Lehrer und Erzieher" nur im § 165 Abs. 1 Nr. 5 RVO., nicht im § 1 AVG. genannt, unterliegen aber, wenn sie angestellt sind, der Angestelltenversicherung als „Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts" usw. (Nr. 6; jedenfalls als Angestellte im Sinne des Oberbegriffes), wenn sie selbständig sind, nach § 4 Nr. 2 AVG. (unten d). Im § 165 Abs. 1 Nr. 5 RVO. kann es sich wegen des Erfordernisses entgeltlicher Beschäftigung (Abs. 2) nur um angestellte Lehrer und Erzieher handeln; die Annahme, daß auch selbständige Lehrer und Erzieher, die aus dem Stundengeben bei wechselnden Auftraggebern ein Gewerbe machen, der Krankenversicherungspflicht unterständen (HAHN-KÜHNE: Anm. 17 zu § 165), ist aus dem Gesetz nicht zu begründen. Im Einzelfall muß untersucht werden, ob ein Lehrer oder Erzieher kraft Werkvertrages Stunden gibt (dann keine Krankenversicherungspflicht) oder, wenn auch nur für Stunden und mit vielen wechselnden Arbeitgebern, Arbeitsverhältnisse begründet (dann auch Krankenversicherungspflicht).

[1] Dieses Ergebnis wird gesetzestechnisch auf einem recht sonderbaren, nur geschichtlich verständlichen Weg erreicht. Zunächst heftet sich die Arbeitslosenversicherungspflicht nach § 69 Nr. 1 ArblVG. an die Krankenversicherungspflicht; damit sind auch die für den Fall der Krankheit pflichtversicherten Angestellten (§ 165 Nr. 2 bis 5a, 7 RVO.) erfaßt. Hinzu nahm schon das ursprüngliche ArblVG. in Nr. 2 die Pflichtversicherten der Angestelltenversicherung, die der Krankenversicherung nur deshalb nicht unterliegen, weil sie die Verdienstgrenze des § 165 Abs. 2 RVO. überschreiten; erfaßt waren und sind hier also die ihrer Tätigkeitsart nach der Krankenversicherung unterstehenden Angestellten, deren Jahresarbeitsverdienst zwischen der Obergrenze der Krankenversicherung und der Obergrenze der Angestelltenversicherung liegt. Seit der Novelle von 1929 ist nach § 69 Nr. 3 ArblVG. ferner arbeitslosenversicherungspflichtig, wer als Angestellter in höherer oder leitender Stellung — mithin ohne eine der Art nach krankenversicherungspflichtige Tätigkeit auszuüben — auf Grund des AVG. pflichtversichert ist (vgl. Nr. 1 und 2 des § 1 AVG.); auch hier wirkt die Jahresarbeitsverdienst-Obergrenze der Angestelltenversicherung sich aus. Nicht erfaßt sind solche Angestellte, die zwar nach dem Obersatz des § 1 Abs. 1 AVG. als Angestellte überhaupt versicherungspflichtig, aber in keiner der besonderen Gruppen Nr. 1 bis 7 aufgeführt sind. Da aber alle Arten von Angestellten in einer dieser Gruppen unterzubringen sind, erstreckt die Versicherungspflicht nach dem ArblVG. sich praktisch auf alle Angestellten.

[2] Vollends durchgeführt wurde die Scheidung hinsichtlich der Schiffsbesatzungen durch G. vom 13. Juli 1923 (RGBl. I S. 636). Wegen des Ineinandergreifens beider Versicherungen bei Menschen, die im Laufe ihres Arbeitslebens zwischen Arbeiter-Arbeit und Angestelltentätigkeit gewechselt haben (sog. Wanderversicherte) vgl. § 19 Anhang, S. 140.

Stellung", § 1 Nr. 2 AVG.) entnommen, die sich ihrerseits wieder als eine Spiegelung der Art der verrichteten Arbeit und der Funktion im Betrieb, aber auch anderer Momente (Ausbildung, soziale Herkunft usw.) darstellt. Die verschiedenen Merkmale fließen bei einzelnen Personen oder für ganze Gruppen („Büroangestellte", § 1 Nr. 3 AVG.) durcheinander. Im ganzen aber ergibt sich für die Abgrenzung der Tatbestände des Angestellter-Seins von denen des Arbeiter-Seins eine verhältnismäßig große Sicherheit[1]. Auch nach der anderen Seite, gegenüber den Nichtversicherungspflichtigen, sind die Angestellten (wie die Arbeiter) mit ausreichender Sicherheit abzugrenzen. Auch sie sind nämlich durchweg Arbeitnehmer, denen ein Arbeitgeber gegenübersteht, deren Arbeitsgegenstand fremder Rechtsherrschaft unterliegt. Das folgt auch hier aus dem Gesetzesausdruck „beschäftigt werden", dem § 1 Abs. 3 AVG. noch die Worte „in einem Dienstverhältnis" hinzufügt (vgl. auch § 165 Abs. 2, § 544 Abs. 1 RVO., ferner §§ 15, 49 RKnG.). Wie die Arbeiter-Arbeit, so macht die Angestellten-Arbeit den so Tätigen persönlich abhängig vom Arbeitgeber als dem Herrn des Arbeitsgegenstandes. Wirtschaftliche Abhängigkeit läuft auch hier nur nebenher und ist nicht wesentlich, aber gewöhnlich. Grundsätzlich braucht auch der Mensch, der als Angestellter arbeitet, durch diese Tätigkeit nicht voll beansprucht zu werden; er muß sie nicht beruflich und insbesondere nicht als seinen Hauptberuf ausüben. Ausnahmsweise ist aber hauptberufliche Angestelltentätigkeit der betreffenden Art Voraussetzung der Krankenversicherungspflicht bei Betriebsbeamten, Werkmeistern und anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO.) und bei Angestellten in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege, bei denen diese Tätigkeit überdies die Hauptquelle ihrer Einnahmen bilden muß (Nr. 5a daselbst). Diese Beschränkung der Krankenversicherung auf Angestellte im Hauptberuf hat dann Bedeutung auch für die Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung, weil letztere der Tätigkeitsart nach für die hier in Frage kommenden Menschen an die Krankenversicherungspflicht geknüpft ist (§ 69 Nr. 1, 2 ArblVG.). Im übrigen macht die Angestellten-Arbeit schon dann versicherungspflichtig, wenn sie nicht hauptberuflich geleistet wird. Für die Gegenwärtigkeit und Tatsächlichkeit des Arbeitsverhältnisses, für die Art seiner Begründung und für seine Erlaubtheit gilt bei Angestellten dasselbe wie bei den Arbeitern (oben a). Grundsätzlich unerheblich ist auch hier, ob die Angestellten-Arbeit auf Grund bürgerlichrechtlichen Arbeitsvertrages von „Angestellten" im eigentlichen Sinne der Arbeitsrechtslehre oder auf Grund öffentlichrechtlichen Dienstverhältnisses von „Beamten" im Sinne des Staats- und Verwaltungsrechts geleistet wird. Beamte, die eine Angestelltentätigkeit ausüben, sind versicherungspflichtig. Die allermeisten Beamten sind mit gleichartigen Arbeiten wie bürgerlichrechtliche Angestellte beschäftigt[2], nur daß sie eben für einen Träger öffentlicher Gewalt und vielfach in amtlich-hoheitlicher Weise tätig sind. Wegen der gesicherten Lebensstellung, deren viele Beamte sich erfreuen, sind für sie weitgehende Ausnahmen und Befreiungen von der Versicherungspflicht vorgesehen (unten 3). Wegen der Eingrenzung der versicherungspflichtigen Tatbestände vom Arbeitgeber her für die Unfall- und Knappschaftsversicherung gilt bei Angestellten dasselbe wie bei Arbeitern (s. unten zu a und b).

---

[1] Weit weniger eindeutig sind die Ergebnisse bei der Zuweisung von Angestellten an die einzelnen gesetzlichen Untergruppen; abgesehen von der verschiedenen Abgrenzung der Kranken- und der Angestelltenversicherungspflicht kommt es praktisch auf diese Zuweisung nicht sehr an.

[2] Die enge Verwandtschaft der Tätigkeitsarten von Beamten und Angestellten spiegelt sich im Sprachgebrauch. So verwendet noch heute § 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO. und § 1 Abs. 1 Nr. 2 AVG. den Ausdruck „Betriebsbeamte" für Personen, von denen der größte Teil in einem bürgerlichrechtlichen Arbeitsverhältnis (vgl. den gleichbedeutend gebrauchten Ausdruck „technische Angestellte" in Abs. A der Berufsgruppenbestimmung), nicht in einem öffentlichrechtlichen Beamtenverhältnis steht.

Auch hinsichtlich der Entgeltlichkeit des Arbeitens gilt für die Versicherungspflicht der Angestellten grundsätzlich gleiches wie für die der Arbeiter (§ 165 Abs. 2 RVO., § 1 Abs. 3 AVG., § 69 ArblVG.). Der Begriff des Entgelts (§ 160 RVO., § 2 AVG.) ist für beide Arbeitnehmergruppen der gleiche. Nur für die Unfallversicherungspflicht der Angestellten und für die Krankenversicherungspflicht der Angestelltenlehrlinge kommt es auf die Erzielung eines Entgelts durch die Arbeit nicht an. Sonst macht nur entgeltliche Angestelltentätigkeit versicherungspflichtig. Nach unten hin besteht eine Grenze der Entgeltlöhne in der Angestelltenversicherung, in der — wie in der Invalidenversicherung — das Arbeitsverhältnis versicherungsfrei bleibt, wenn als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird (§ 9 AVG.); diese Beschränkung der Angestelltenversicherungspflicht hat bei den nach der Art ihrer Arbeit nicht krankenversicherungspflichtigen Angestellten auch für die Arbeitslosenversicherung Bedeutung (§ 69 Nr. 3 ArblVG.), wenn schon praktisch Angestellte in höherer oder leitender Stellung kaum je gegen bloßen freien Unterhalt tätig sein werden. Angestelltentätigkeit kann in allen Versicherungszweigen aus dem Gesichtspunkte der vorübergehenden Dienstleistung (§ 168 RVO., § 10 AVG.) versicherungsfrei sein, wenn sie nur nebenher und gegen geringfügiges Entgelt ausgeführt wird (unten 3). Nach oben hin hat die Höhe des Arbeitsentgelts bei Angestellten eine ganz andere Bedeutung als bei Arbeitern. Denn zwecks sozialpolitisch richtiger Abgrenzung des versicherten Personenkreises sind für die Versicherungspflicht der Angestellten grundsätzlich Obergrenzen des Jahresarbeitsverdienstes vorgesehen (vgl. § 2 III 3). Angestellte mit höherem Entgelt stehen trotz artmäßig erfaßter Tätigkeit außerhalb der Versicherungspflicht. Nur die Unfallversicherung kennt keine solche Grenze. In der Krankenversicherung ist Voraussetzung der Versicherungspflicht für die in § 165 Nr. 2 bis 5a RVO. bezeichneten Angestellten und die Schiffer auf Fahrzeugen der Binnenschiffahrt, daß ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst an Entgelt nicht 3600 Reichsmark übersteigt[1]. Versicherungsfrei sind nach § 477 RVO. in Verbindung mit § 14 der Satzung der See-Krankenkasse auch Kapitäne (Schiffer) deutscher Seefahrzeuge, mit Ausnahme der Fischereifahrzeuge, deren Jahresarbeitsverdienst die Grenze von 8400 RM überschreitet. Für die übrigen Angestellten der See- und Binnenschiffahrt besteht keine Obergrenze der Krankenversicherungspflicht. In der Angestelltenversicherung gilt allgemein eine Obergrenze des Jahresarbeitsverdienstes, die der Reichsarbeitsminister nach § 3 AVG. festsetzt; die Rechtsverordnung darüber ist dem Reichsrat und dem Ausschusse des Reichstages für soziale Angelegenheiten alsbald mitzuteilen und auf ihr gemeinsames Verlangen zu ändern. Die Jahresarbeitsverdienstgrenze im Sinne des § 1 Abs. 3 AVG. ist jetzt durch V. vom 10. August 1928 (RGBl. I S. 372) auf 8400 RM festgesetzt[2]. Die Jahresarbeitsverdienstgrenze der Angestelltenversicherung wirkt sich auch bei der Arbeitslosenversicherungspflicht aus (§ 69 ArblVG.); die Grenzen der Kranken- und Angestelltenversicherung gelten auch für die knappschaftliche Krankenversicherung der Angestellten (§ 15 RKnG.) und die knappschaftliche Pensionsversicherung der Angestellten (§ 49 RKnG.). Für die Jahresarbeitsverdienstgrenze werden überall Zuschläge zum Arbeitsentgelt, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden (Frauen-, Kinderzuschläge), nicht angerechnet (§ 165 Abs. 2 Satz 2 RVO., § 3 Abs. 1 Satz 2 AVG., § 14 Abs. 1 Satz 2 der Satzung der See-Krankenkasse). Im übrigen ist der Bruttobetrag des Arbeitsentgelts maßgebend; gesetzliche Abzüge (Steuern, Sozialversicherungsbeiträge) und vertragliche wie gestaltungsrechtliche Einbehaltungen sind mitzurechnen. Maßgebend ist der aufs Jahr bezogene Durchschnittsbetrag des Einkommens aus der Art nach versicherungspflichtiger Arbeit; nicht aber müssen

[1] Bis zum Ende des Weltkrieges lag die Grenze bei 2500 Mark. Ihre jetzige Höhe ist nach vielen Änderungen durch G. vom 15. Juli 1927 (RGBl. I S. 219) festgelegt worden.

[2] Die früher geltenden Grenzen ergeben sich bis zum 30. April 1925 aus § 378 AVG. Von da bis zum 31. August 1928 lag die Grenze bei 6000 RM (V. vom 23. April 1925, RGBl. I S. 51).

die Bezüge auf ein Jahr gesichert sein. Aus der Zeit rasch wechselnden Geldwertes hat sich noch die Bestimmung erhalten, daß ein Angestellter, der die für seine Versicherungspflicht maßgebende Verdienstgrenze bei Fortbestand eines Arbeitsverhältnisses überschreitet, erst mit dem ersten Tage des vierten Monats (Kalendermonats) nach dem Überschreiten aus der Versicherungspflicht ausscheidet (§ 3 Abs. 2 AVG.). Diese Bestimmung ist aber nicht reine Inflationsmaßnahme und hat noch jetzt praktische Bedeutung, wenn das Entgelt eines Angestellten (z. B. Provision, Tantieme) steigt, ohne daß für den Fortbezug in der neuen Höhe Gewähr besteht. Aus der Krankenversicherungspflicht hingegen scheidet der Versicherte mit dem Tage der Grenzüberschreitung, jedoch nicht rückwirkend aus (§ 165b RVO. in der Fassung der V. des Reichspräsidenten vom 26. Juli 1930, RGBl. I S. 311). — Wegen der Beschränkung der Versicherungspflicht, die sich aus der Jahresarbeitsverdienstobergrenze ergibt, ist die sorgfältige Unterscheidung zwischen Angestellten und Arbeitern praktisch besonders wichtig.

Eine Besonderheit der Angestelltenversicherung (und folgeweise der Pensionsversicherung der Angestellten sowie für die Arbeitslosenversicherung Angestellter) ist die Berücksichtigung des Eintrittsalters. Voraussetzung der Angestelltenversicherungspflicht ist, daß diejenigen, die eine Angestelltentätigkeit auszuüben beginnen, dabei das Alter von sechzig Jahren noch nicht vollendet haben (§ 1 Abs. 3 AVG.). Diese Altersgrenze findet Anwendung nur beim erstmaligen Eintritt in ein angestelltenversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (mag auch früher ein gleichartiges Arbeitsverhältnis bestanden, eine Versicherungspflicht aber wegen des damaligen geringeren Umfanges der Angestelltenversicherung nicht vorgelegen haben). Sie gilt nicht, wenn ein bisheriger Angehöriger der Invalidenversicherung in ein an sich angestelltenversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis übertritt[1].

Bei der weitausgreifenden Fassung des Angestelltenbegriffs im AVG. bedarf es für den Bereich dieses Gesetzes keiner Gleichstellung anderer oder anders bezeichneter Menschengruppen mit den Angestellten. Unzweifelhaft kann es auch Lehrlinge geben, die zu einer Angestelltentätigkeit ausgebildet werden. Solche sind in verschiedenen Nummern des § 1 Abs. 1 AVG. und des § 165 Abs. 1 RVO. besonders genannt, was dort den Wert eines Beispiels, hier die Bedeutung einer bestimmenden Aufzählung hat. Im Ergebnis führt beides dazu, daß Lehrlinge allenthalben mit versicherungspflichtig sind. Denn für die Krankenversicherung sind Angestelltenlehrlinge, die nicht unter eine der aufgezählten Angestelltengruppen fallen, jedenfalls „Lehrlinge" nach § 165 Nr. 1 RVO. und deshalb versicherungspflichtig, und zwar ohne Rücksicht auf die Entgeltlichkeit ihrer Beschäftigung. Auch in der Unfallversicherung kommt es nicht darauf an, ob man den Angestelltenlehrling unter die „Lehrlinge" der Nr. 1 oder unter die „Angestellten" der Nr. 2 des § 544 RVO. rechnet. Stutzig machen kann nur, daß § 1 Abs. 2 AVG. ausdrücklich die Versicherungspflicht solcher Lehrlinge feststellt, die sich in einer geordneten Ausbildung zu einem der Berufe des Abs. 1 Nr. 5, 6 (Bühnenmitglieder und Musiker, Erziehungsberufe usw.) befinden. Der Absatz hat aber gesetzestechnisch wohl keine andere Bedeutung als die Beispielsreihe des Abs. 1 und soll nur klarstellen, nicht beschränken und Gegenschlüsse hervorrufen; nur aus sprachlichen Gründen konnten die hier gemeinten Lehrlinge nicht, wie etwa die Handlungslehrlinge, in das Verzeichnis des Abs. 1 mit aufgenommen werden. Für diese Auffassung spricht auch die Wortfassung („fallen auch") des Abs. 2, ferner die Art, wie in § 1226 Abs. 1 Nr. 4 RVO. die Lehrlinge auf Invaliden- und Angestelltenversicherung aufgeteilt sind. Die Angestelltenversicherungspflicht setzt (wie die Invalidenversicherungspflicht) auch bei Lehrlingen den Empfang eines Entgelts neben der Ausbildung voraus. In allen Versicherungszweigen teilen demnach die Lehrlinge, die zu einer Angestellten-Arbeit

[1] Andere Altersgrenzen für Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung gibt es nicht. Insbesondere ist das Erfordernis des Mindestalters von 16 Jahren für die Invaliden- und die Angestelltenversicherung durch das G. vom 10. November 1922 (RGBl. I S. 849) beseitigt worden.

ausgebildet werden, die Versicherungspflicht der entsprechend tätigen Angestellten, in der Arbeitslosenversicherung mit der Einschränkung des § 74 ArblVG. — Von den Seeleuten und den Besatzungen von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt sind den Angestellten zuzurechnen die Schiffsführer (Schiffer, Kapitäne), Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten sowie die in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung befindlichen Angestellten ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 7 AVG.). Sie alle unterliegen wie die den Arbeitern gleichstehenden Schiffsleute der Krankenversicherung (§ 165 Nr. 7 RVO.; wegen der Nichtanwendung der Jahresarbeitsverdienstgrenze außer für Kapitäne s. oben), der Unfallversicherung (§§ 1046ff. RVO.) und der Arbeitslosenversicherung (§ 69 ArblVG., vgl. Nr. 3 der ursprünglichen Fassung; die Jahresarbeitsverdienstgrenze der Angestelltenversicherung findet hier nach § 75 ArblVG. Anwendung); sie unterliegen ferner bis zur allgemeinen Jahresarbeitsverdienstgrenze der Angestelltenversicherung.

Zu a und b. Die Arbeiter und die Angestellten, die als versicherungspflichtig aufgeführt wurden, bilden zusammen den Kreis der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer. Dieser Kreis deckt sich nahezu mit dem Kreise der Arbeitnehmer überhaupt. Einige Abstriche von diesem sind nur durch die Jahresarbeitsverdienstgrenze der Angestellten, größere bei der Krankenversicherungspflicht gemacht. Schon im bisherigen hat es sich nicht vermeiden lassen, den Ausdruck Arbeitnehmer zu verwenden. Bei allen unter a und b aufgezählten Menschen knüpft die Versicherungspflicht sich an den gegenwärtigen Bestand eines Arbeitsverhältnisses, das im herkömmlichen Sprachgebrauch der Sozialversicherungslehre, in Anlehnung an gewisse Wendungen der Gesetze, als Beschäftigungsverhältnis bezeichnet wird. Versicherungspflichtig macht in den bisher behandelten Fällen die Tatsache, daß jemand Arbeitnehmer in concreto ist. Die im Arbeitsrecht gelegentlich rechtserhebliche Eigenschaft als Arbeitnehmer in abstracto, der Umstand, daß jemand nach Lebensstellung und Beruf oder sonstwie regelmäßig den Arbeitstatbestand zu verwirklichen pflegt oder im gewöhnlichen Laufe der Dinge verwirklichen sollte, hat für die Versicherungspflicht keine Bedeutung. Da die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer nicht nur nach Idee und positivrechtlichem Aufbau der Sozialversicherung, sondern mit rund 16 Millionen Arbeitern und 3½ Millionen Angestellten auch zahlenmäßig unter der Gesamtheit der rund 22 Millionen Versicherten[1] die Hauptrolle spielen, rechtfertigt es sich, die Sozialversicherung dem Arbeitsrecht als dem Inbegriff der um der zeitgebundenen Arbeit willen geschaffenen Rechtsinstitute zuzurechnen. Ein gewisses Hinausgreifen des Kreises der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer über den Kreis der gewöhnlich dafür angesehenen Arbeitnehmer überhaupt ergibt sich daraus, daß als Arbeiter und Angestellte für das Sozialversicherungsrecht auch öffentlichrechtliche Beamte anzusehen sind (s. oben), während sonst der Arbeitnehmerbegriff auf Menschen mit bürgerlichrechtlichem Arbeitsverhältnis beschränkt zu werden pflegt. Trotz dieser Abweichung, deren praktische Bedeutung wegen der Versicherungsfreiheiten und Befreiungsmöglichkeiten nicht sehr groß ist, tritt der Zusammenhang zwischen Sozialversicherungsrecht und sonstigem Arbeitsrecht auch darin hervor, daß arbeitsrechtliche Quellen für die Umgrenzung ihres Geltungsbereiches und besonders für die Abgrenzung zwischen Arbeitern und Angestellten vielfach auf die Versicherungsgesetze, besonders den § 1 AVG., Bezug nehmen.

Während mit der Arbeitnehmereigenschaft im dargestellten Sinne die Voraussetzungen der Versicherungspflicht für die Kranken-, Invaliden-, Angestellten- und Arbeitslosenversicherung erschöpft sind, besteht für die Unfallversicherung noch die besondere Voraussetzung, daß die Arbeit in einem unfallversicherten Betrieb oder für eine unfallversicherte Tätigkeit geleistet wird (§§ 544, 922 RVO.; für die

[1] Angaben ermittelt nach Deutsche Wirtschaftskunde, bearbeitet im Statistischen Reichsamt (1930).

See-Unfallversicherung ergibt sich die gleiche Voraussetzung trotz etwas abweichender Gesetzestechnik aus den §§ 1046ff. RVO.). In den Umfang der Unfallversicherung einbezogen sind nicht jederlei Arbeitsstätten, sondern nur solche Betriebe und Tätigkeiten, bei denen nach Voraussicht des Gesetzgebers eine gewisse typische Unfallgefahr besteht. Für die gewerbliche und die landwirtschaftliche Unfallversicherung ist die Versicherungspflicht derart umgrenzt, daß (in §§ 537ff., 915ff. RVO.) zunächst diejenigen Betriebe bezeichnet sind, die der Versicherung unterliegen, und erst im Anschluß hieran die Arbeitstatbestände, die — bei Verrichtung in einem solchen Betrieb — versicherungspflichtig machen. Für die See-Unfallversicherung sind beide Merkmale ineinander verflochten; auch hier kommt es aber auf Verrichtungen in Betrieben bestimmter Art an. In der Gewerbe-Unfallversicherung werden von den versicherten „Betrieben" die unfallversicherten „Tätigkeiten" unterschieden, die ebenfalls Versicherungspflicht der dabei Beschäftigten nach sich ziehen; die sogenannte Tätigkeit selbst ist nicht etwa als eine solche des Versicherungspflichtigen vorzustellen, setzt vielmehr außer diesem ein veranstaltendes Subjekt, einen Arbeitgeber, voraus und stellt nur eine Sonderart des Betriebes überhaupt dar.

Betrieb im Sinne der Rechtslehre ist „die Vereinigung von persönlichen, sächlichen und immateriellen Mitteln zur fortgesetzten Verfolgung eines von einem oder von mehreren Rechtssubjekten gemeinsam gesetzten technischen Zweckes"[1], während für den Rechtsbegriff des Unternehmens (ebenfalls im objektiven Sinne verstanden) das von dem Rechtssubjekt (oder von mehreren Rechtssubjekten gemeinsam) mit einer solchen Mitteleinheit verfolgte Ziel maßgebend ist, ein bestimmtes Bedürfnis zu befriedigen[2]. Die Unfallversicherung hat es vorwiegend mit dem Betrieb als der durch einen technischen Zweck gebundenen Einheit zu tun, nur ausnahmsweise mit dem Unternehmen[3]. Das Unfallversicherungsrecht verwendet aber nicht einfach den Betriebsbegriff der Wissenschaft und unterstellt nicht alle Betriebe der Versicherung, sondern es engt den Begriff ein und erfaßt auch innerhalb des eingeengten Begriffes nur bestimmte, positiv aufgezählte Betriebsarten sowie „Tätigkeiten". Die Einengung des Betriebsbegriffes liegt darin, daß von der Unfallversicherung nur die technischen Betriebsteile im Gegensatze zu den kaufmännischen und büromäßigen erfaßt sind[4]. „Technisch" ist hier in einem gesteigerten Sinne zu verstehen; nicht soll durch das Wort wie im Betriebsbegriff der unmittelbare, rational erstrebte Zweck im Gegensatze zu dem durch ihn verfolgten Bedürfnisbefriedigungsziel bezeichnet werden, sondern die vorwiegende Art der verwendeten Betriebsmittel als Gebilde der Technik (etwa im Sinne des Lehrstoffes „technischer" Lehranstalten). Die Beschränkung der Unfallversicherung auf die eigentlich technischen Betriebsteile ist in Praxis und Wissenschaft seit langem unbestritten und hat neuerdings eine gesetzliche Bestätigung dadurch erfahren, daß (seit dem G. vom 20. Dezember 1928, RGBl. I S. 405) unter grundsätzlicher Aufrechterhaltung der Beschränkung die Versicherung auf den „kaufmännischen und verwaltenden Teil des Unternehmens, soweit er den Zwecken des versicherten Betriebs dient und zu ihm in einem dem Zweck entsprechenden örtlichen Verhältnis steht", erstreckt worden ist, dafern „zu einem Unternehmen ein ... versicherter Betrieb" gehört (§§ 539b, 922, 1049a RVO.). Terminologisch ist die neue Vorschrift nicht einwandfrei, insofern sie von „Unternehmen" auch da spricht, wo es sich nur um einen Betrieb im Sinne der Rechtslehre zu handeln braucht; „Betrieb" bedeutet auch in dieser Vorschrift der RVO. nur den spezifisch technischen Teil des Betriebes. Sachlich geht aber aus § 539b RVO. klar hervor, wie technischer Teil und kaufmännischer und verwaltender Teil des Betriebes („des Unternehmens") einander gegenübergestellt zu denken sind; nur der erstere ist „versicherter Betrieb" im Sinne der §§ 537 bis 539a RVO. Nur bei enger Zusammengehörigkeit eines solchen Betriebes, des tech-

[1] Erwin Jacobi: Betrieb und Unternehmen als Rechtsbegriffe (1926) S. 9.
[2] a. a. O. S. 20. [3] a. a. O. S. 27. [4] Jacobi: a. a. O. S. 39.

nischen Betriebsteiles, mit kaufmännischen und verwaltenden Teilen unterliegen auch letztere, d. h. die in ihnen Tätigen, der Unfallversicherung. Demgegenüber bedeutet es nicht etwa eine Beseitigung der Einengung des Betriebsbegriffes, daß im § 544 Nr. 2 RVO. das Wort „Betriebsbeamte" durch „Angestellte" ersetzt worden ist, wenn auch damit einer der von JACOBI[1] angeführten Gründe, aus denen die Einschränkung zu folgern war, weggefallen ist. Der Art nach sind der Unfallversicherung nur bestimmte Betriebe unterstellt, die gesetzestechnisch zunächst in die drei großen Gruppen der gewerblichen, landwirtschaftlichen und seemännischen Betriebe eingeteilt sind (§§ 537ff., 915ff., 1046ff. RVO., entsprechend der organisatorischen Gliederung der Unfallversicherung in drei Unterzweige). Die Einteilung entspricht nicht ganz der in der Wirtschaftslehre üblichen. In den Bereich der Gewerbe-Unfallversicherung gehören außer Betrieben der Güterverarbeitung und des Verkehrs, von denen die der Seeschiffahrt ausgeschieden und der besonderen See-Unfallversicherung zugewiesen sind, solche des Bergbaus und der bergbauähnlichen Rohstoffgewinnung. Die landwirtschaftliche Unfallversicherung umfaßt auch forstwirtschaftliche Betriebe (§ 161 RVO.) und die Gärtnerei, die Park- und Gartenpflege sowie mit einer Einschränkung den Friedhofsbetrieb (§ 917 RVO.). Zur See-Unfallversicherung gehört außer der Seeschiffahrt die Seefischerei (§ 1049 RVO.). Im einzelnen kann wegen der Art der unfallversicherten Betriebe auf die angeführten Gesetzesstellen verwiesen werden. Zu bemerken ist noch, daß es für die Unfallversicherung nur auf die Art des Betriebes, nicht auf Eigenschaften des betreibenden Subjektes (z. B. ob bürgerlichrechtliche oder öffentlichrechtliche Person) ankommt. Die Erfassung der gewerblichen Betriebe geschieht, ausgehend von dem allgemeinen Gesichtspunkt der Gefährlichkeit (Betriebe ohne besondere Unfallgefahr kann das Reichsversicherungsamt für versicherungsfrei erklären, §§ 543, 922 RVO.) auf verschiedene Weise, teils rein nach technischer Betriebsart und technischem Betriebszweck (z. B. Badeanstalten § 537 Nr. 4 RVO., Laboratorien für naturwissenschaftliche Untersuchungen usw. Nr. 4c), teils unter Heranziehung des Merkmals der Gewerbsmäßigkeit, der Absicht auf Gewinnerzielung (z. B. beim Speicher-, Lagerei- und Kellereibetrieb, Nr. 8 a. a. O.). Bei landwirtschaftlichen und Seebetrieben kommt es auf Gewerbsmäßigkeit nirgends an.

Jeder Betrieb setzt ein betreibendes Rechtssubjekt (oder mehrere gemeinsam betreibende Subjekte) voraus, das sich zugleich als Unternehmer darstellt, wenn, wie wohl immer, mit dem Betrieb das Ziel einer Bedürfnisbefriedigung verfolgt wird. Die RVO. bezeichnet demgemäß das Betriebssubjekt schlechthin als Unternehmer (z. B. §§ 623, 633). Durch die Art, wie der Betrieb dem Unternehmer zugeordnet ist, ergeben sich besondere Möglichkeiten der Erstreckung der Versicherungspflicht und der Zugehörigkeit der Betriebe zu den Versicherungsträgern. Der einfachste Fall ist der, daß ein Rechtssubjekt nur ein Unternehmen mit einem einzigen Betrieb hat; dann spricht man auch von einem Einzelbetrieb. Für die landwirtschaftliche Unfallversicherung bilden einen einzigen Betrieb alle Grundstücke eines Unternehmers, die von gemeinsamen Wirtschaftsgebäuden aus landwirtschaftlich einheitlich bewirtschaftet werden (§ 963 RVO.), sowie alle forstwirtschaftlichen Grundstücke eines Unternehmers, die derselben unmittelbaren Betriebsleitung (Revierverwaltung) unterstehen (§ 964 Abs. 1 RVO.; hingegen sind forstwirtschaftliche Grundstücke verschiedener Unternehmer je für sich Einzelbetriebe, auch wenn sie zusammen derselben Betriebsleitung unterstehen, Abs. 2 daselbst). Für den Einzelbetrieb ist also der unmittelbare räumliche Zusammenhang nicht begriffswesentlich. Als Einzelbetriebe versicherungsrechtlich je für sich behandelt werden auch die mehreren selbständigen Betriebe, die ein Rechtssubjekt im Gefüge verschiedener Unternehmen oder auch desselben Unternehmens betreibt; jedoch ermöglichen §§ 542, 632, 922, 959 RVO. die Zuteilung zu einer Berufsgenossenschaft, wenn die Betriebe klein sind und im Bezirke desselben Oberversicherungsamtes liegen. (Für die See-Unfallversicherung fehlt eine entsprechende Vorschrift wegen der hier bestehenden Einheit des Versicherungsträgers.) Stehen aber die Betriebe innerhalb eines Unternehmens in einem technischen oder wirtschaftlichen Zusammenhange, so daß der eine sich als Nebenbetrieb oder wesentlicher Bestandteil des anderen darstellt, so folgt die versicherungsrechtliche Behandlung des ganzen Unternehmens der des Hauptbetriebes; nur wenn lediglich der Nebenbetrieb oder Betriebsbestandteil, nicht aber der Hauptbetrieb der Unfallversicherung untersteht, hat es hierbei sein

[1] a. a. O. S. 39.

Bewenden. Sonst zieht der Hauptbetrieb die Nebenbetriebe und wesentlichen Bestandteile nach sich, derart, daß auch die in ihnen Arbeitenden versicherungspflichtig sind (§ 539, vgl. auch § 1051 RVO.) und ihre Unfallversicherung bei dem Versicherungsträger des Hauptbetriebes durchgeführt wird (§§ 631, 959 RVO.). Bei einer Gast- oder Schankwirtschaft zieht die Unfallversicherung des Küchenbetriebes oder des Betriebes zur Behandlung und Handhabung der Ware die Versicherungspflicht des Bedienens der Gäste nach sich (§ 539a RVO.). Von der Regel der §§ 539, 631 RVO. bestehen aber Ausnahmen für landwirtschaftliche und Schiffahrtsbetriebe. Nebenbetriebe landwirtschaftlicher Art folgen grundsätzlich nicht dem gewerblichen Hauptbetrieb, können aber durch die Satzung der gewerblichen Berufsgenossenschaft der Versicherung bei dieser unterstellt werden, wenn in ihnen überwiegend Personen aus dem Hauptbetriebe tätig sind (§ 540 Nr. 1 RVO.). Nebenbetriebe der Landwirtschaft, die für sich allein betrachtet gewerbliche Betriebe wären, gehören in die landwirtschaftliche Unfallversicherung (§§ 541, 916, 918 bis 921 RVO.), so insbesondere laufende Ausbesserungen an landwirtschaftlichen Betriebsgebäuden, Bodenkultur- und andere Bauarbeiten für den Wirtschaftsbetrieb, kraft öffentlichrechtlicher Pflicht zu leistende Arbeiten des landwirtschaftlichen Unternehmers für die Gemeinde zur Wegeunterhaltung usw. (§ 916), Nebenbetriebe der Landwirtschaft zur Be- oder Verarbeitung der Erzeugnisse des eigenen Landwirtschaftsbetriebes, zur Befriedigung von Bedürfnissen dieses Betriebes und zur Gewinnung oder Verarbeitung von Bodenbestandteilen der Landwirtschaftsgrundstücke (§ 918) sowie versicherte Tätigkeiten an sich gewerblicher Art, wenn sie von gleichartigen landwirtschaftlichen überwogen werden (§ 921). Hingegen verbleiben auch als Nebenbetriebe der Landwirtschaft in der Gewerbe-Unfallversicherung Bergwerke, Salinen usw. und Betriebe, die vom Reichsversicherungsamte (durch Rechtsverordnung vom 16. Oktober 1901, AN. S. 623) wegen ihres erheblichen Umfangs, wegen besonderer Einrichtung mit Maschinen oder wegen der Zahl ihrer gewerblichen Arbeiter den Fabriken gleichgestellt sind (§ 919), ferner Binnenschiffahrts- und Flößereibetriebe (und „Tätigkeiten"), die über den örtlichen Verkehr hinausgreifen (§ 920). Solche Betriebe werden als Nebenbetriebe auch innerhalb der Gewerbe-Unfallversicherung nach dem Recht ihrer eigenen Betriebsart behandelt (§ 631 Abs. 2 RVO.). In ähnlicher Weise fallen Seebetriebe trotz Zugehörigkeit zu einem andersartigen Hauptbetrieb dann nicht unter dessen Unfallversicherung, wenn sie Nebenbetriebe sind oder als wesentliche Bestandteile über den örtlichen Verkehr hinausgreifen (§ 540 Nr. 2 RVO.)[1].

Versicherte Tätigkeiten nennt das Unfallversicherungsrecht gewisse Veranstaltungen (nämlich Bauarbeiten außerhalb eines gewerbsmäßigen Baubetriebs, das nicht gewerbsmäßige Halten von Fahrzeugen auf Binnengewässern und das nicht gewerbsmäßige Halten von anderen Fahrzeugen als Wasserfahrzeugen, wenn sie durch elementare oder tierische Kraft bewegt werden, sowie von Reittieren, § 537 Abs. 1 Nr. 3, 6 und 7 RVO.), die nicht nach außen wirken, sondern dem eigenen Bedürfnis des Veranstalters dienen (Regie). Auch hierbei handelt es sich um Betriebe im Sinne der Rechtslehre; daß sie nicht gewerbsmäßig veranstaltet werden, unterscheidet sie nicht eindeutig von den Betrieben im Sinne des Unfallversicherungsrechtes, weil auch diese nicht durchweg das Merkmal der Gewerbsmäßigkeit aufweisen (s. oben). Positivrechtlich von den „Betrieben" unterschieden sind die „Tätigkeiten" (die auch äußerlich nicht stark hervorgehoben sind, sondern in der Aufzählung den versicherten Betriebsarten im § 537 RVO. mit unterlaufen) nur deshalb, weil die Versicherung der in ihnen Arbeitenden organisatorisch besondere Wege geht (Zweiganstalten, Versicherungsgenossenschaft, vgl. § 629 RVO.)[2]. In dieser Beziehung stehen ihnen die Kleinbetriebe der Seeschiffahrt und Seefischerei nahe (§ 1120 RVO.). Auch bei den Tätigkeiten setzt das Unfallversicherungsrecht einen Unternehmer voraus (vgl. § 623 RVO.) und stellt sie in materiellrechtlicher Be-

[1] Da das positive Recht, von untergeordneten Einzelheiten abgesehen, Nebenbetriebe und wesentliche Betriebsbestandteile nach gleichen Regeln behandelt, erübrigt es sich, für die Darstellung zu unterscheiden zwischen Gesamtbetrieben, die aus mehreren Betrieben, nämlich einem Hauptbetrieb und Nebenbetrieben bestehen (meist wirtschaftlicher Unternehmenszusammenhang), und zusammengesetzten Betrieben, die verschiedene Bestandteile oder Betriebsteile aufweisen (technischer Betriebszusammenhang); vgl. aber KASKEL-SITZLER: Grundriß S. 304, 307f. und im Anschluß daran die Rechtsprechung.

[2] Seit der Reichsarbeitsminister auf Grund von Abschnitt B Art. 38 des G. vom 20. Dezember 1928 durch V. vom 17. Mai 1929 (RGBl. I S. 104) die nach § 629 Abs. 2 RVO. errichtete Versicherungsgenossenschaft zum Versicherungsträger für die Betriebe der Nummern 4 d und 12 des § 537 Abs. 1 RVO. bestimmt hat, ist auch der organisationsrechtliche Unterschied zwischen versicherten Tätigkeiten und versicherten Betrieben einigermaßen verwischt.

ziehung den versicherten Betrieben gleich (vgl. § 545c RVO.), insbesondere auch für die Zuordnung zu anderen Betrieben des gleichen Unternehmers (§§ 541, 920, 921 RVO.).

Eine Ausweitung erfährt der unfallversicherungspflichtige Tatbestand noch dadurch, daß die Arbeitnehmer versicherter Betriebe und Tätigkeiten nicht nur gegen Unfälle bei diesen Betrieben und Tätigkeiten selbst versichert sind (§§ 544, 922, 1052 RVO.), sondern auch auf dem mit der Beschäftigung im Betrieb oder der Tätigkeit zusammenhängenden Wege nach und von der Arbeitsstätte (§§ 545a, 545c, 922, 1055a RVO.) und bei der mit dem Arbeitsverhältnis zusammenhängenden (wennschon außerhalb der Arbeitsstätte vorgenommenen) Verwahrung, Beförderung, Instandhaltung und Erneuerung des Arbeitsgeräts (auch wenn es vom Versicherten gestellt wird, §§ 545b, 545c, 922, 1055a RVO.) sowie bei häuslichen und anderen Diensten, zu denen sie nebenher vom Unternehmer herangezogen werden (§§ 546, 922, 1057 Nr. 1 RVO.). Die See-Unfallversicherung wirkt für die Zeit vom Anfang bis zum Ende des Dienstverhältnisses einschließlich der Beförderung vom Lande zum Fahrzeug und umgekehrt (§ 1053 RVO.), innerhalb dieser Zeit also auch bei Arbeitsruhe und eigenwirtschaftlicher Betätigung und übrigens auch für Unfälle, die nicht durch den Betrieb, sondern durch Elementarereignisse hervorgerufen werden (§ 1052 Abs. 1 RVO.), ferner bei Beschäftigung auf einem anderen als dem Fahrzeug, zu dessen Besatzung der Arbeitnehmer gehört, bei freier Zurückbeförderung (§ 1054 RVO.) und bei Rettungsarbeiten (§ 1057 Nr. 2 RVO.), hinsichtlich der seemännischen Berufskrankheiten auch für die Zeit der Beurlaubung an Land in eigener Sache (§ 1057a Abs. 2 RVO., § 4 BerKrankhV.). Auch insofern wird der versicherungspflichtige Tatbestand in der Unfallversicherung nach der Rechtsprechung weiter gefaßt als in den anderen Versicherungszweigen, als es nur darauf ankommt, ob jemand tatsächlich Arbeiten verrichtet, die zum versicherten Betrieb oder der versicherten Tätigkeit unmittelbar oder mittelbar gehören, nicht aber auf den Rechtsgrund und die Erlaubtheit dieser Betätigung. Unfallversichert ist z. B. auch das mithelfende Hauskind (nicht der Ehegatte des Unternehmers, wegen § 159 RVO.) und derjenige, der bei einer Betriebsverrichtung gelegentlich und ohne Verpflichtung mit zugreift; nur darf die Betätigung nicht gegen den erkennbaren Willen des Unternehmers geschehen. Das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses wird also in der Unfallversicherung unter weiteren und lockereren Voraussetzungen angenommen als sonst in der Sozialversicherung (und dem übrigen Arbeitsrecht).

Für die Knappschaftsversicherung kommen, ähnlich wie für die Unfallversicherung, nur Betriebe bestimmter Art in Betracht. Wenn „Arbeitnehmer (männliche und weibliche) in knappschaftlichen Betrieben" der Versicherung nach dem RKnG. unterliegen (§ 1 RKnG.), so bedeutet das allerdings nicht, daß gleichartig tätige Arbeitnehmer in anderen Betrieben nicht versicherungspflichtig seien. Die Besonderheit des Knappschaftsversicherungsrechts liegt (abgesehen von der Pensionsversicherung der Arbeiter und von einigen Einzelheiten bei den Leistungen) nur in der Organisation, nicht im sachlichen Versicherungsrecht, insbesondere nicht in der Abgrenzung der versicherungspflichtigen Tatbestände[1]. Wenn aber der schon nach den allgemeinen Regeln der RVO. oder des AVG. versicherungspflichtige Arbeitstatbestand in einem knappschaftlichen Betriebe verwirklicht wird, ist die Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung bei der Reichsknappschaft statt bei dem sonstigen Versicherungsträger durchzuführen (§§ 15, 49/50, 101/103 RKnG.). Dazu tritt bei Arbeitern in knappschaftlichen Betrieben noch die besondere knappschaftliche Pensionsversicherung (§ 28 RKnG.). Versicherungspflichtige Arbeitnehmer im Sinne des RKnG. sind Arbeiter sowie Angestellte (im Sinne des § 1 AVG.), „die ausschließlich für den technischen, wirtschaftlichen oder kaufmännischen Betrieb eines oder mehrerer knappschaftlicher Betriebe beschäftigt sind" (§ 1 Abs. 2 RKnG.). Das Wort „Betrieb" ist hier mehrdeutig und bezeichnet zuerst den Betriebsteil (entsprechend dem technischen Be-

[1] Allerdings ist gemäß § 16 RKnG. die knappschaftliche Krankenversicherungspflicht durch § 116 der Satzung der Reichsknappschaft erstreckt auf alle pflichtversicherten Angehörigen der Angestelltenpensionskasse; die Jahresarbeitsverdienstgrenze beträgt für die knappschaftliche Krankenversicherung also nicht 3600, sondern 8400 RM.

trieb des Unfallversicherungsrechts), an zweiter Stelle den Betrieb im Sinne der Rechtslehre. Knappschaftliche Betriebe sind solche, in denen Mineralien oder ähnliche Stoffe bergmännisch gewonnen werden (§ 2 Abs. 1 Satz 1 RKnG.); wegen der Einzelheiten der Abgrenzung, die vielfach fallweise erfolgen kann, muß auf die §§ 2 bis 5 RKnG. verwiesen werden. Das Unfallversicherungsrecht kennt eine Sonderbehandlung der knappschaftlichen Betriebe nur insofern, als ihre Unternehmer zu Knappschafts-Berufsgenossenschaften zusammengefaßt werden können (§ 630 Abs. 2 RVO.). Die Reichsknappschaft hat mit der Durchführung der Unfallversicherung nichts zu tun, steht aber in Fühlung mit der einzigen bestehenden Knappschafts-Berufsgenossenschaft. Für die Arbeitslosenversicherung steht die Krankenversicherung bei der Reichsknappschaft derjenigen bei einer Krankenkasse gleich (§ 69 Arbl.VG).

c) Als Versicherungspflichtige begegnen weiter die Hausgewerbtreibenden, deren Begriff im § 162 RVO. (abweichend vom § 119b GewO. und auch vom Begriff des Hausarbeiters nach § 1 HArbG.) dahin bestimmt ist, daß es sich um selbständige Gewerbtreibende handelt, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbtreibender oder öffentlicher Verbände, öffentlicher Körperschaften oder gemeinnütziger Unternehmungen gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten, mögen sie die Roh- oder Hilfsstoffe vom Auftraggeber erhalten oder sie selbst beschaffen. Als Hausgewerbtreibende gelten solche Personen auch für die Zeit, in der sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten. Die Hausgewerbtreibenden sind nicht Arbeitnehmer; sie sind nicht zu zeitgebundenem Arbeiten verpflichtet. Rechtlich sind sie selbständig („selbständige Gewerbtreibende", Kleinunternehmer); wirtschaftlich ist ihre Lage gewöhnlich so schwach, daß sie in eine starke Abhängigkeit von ihrem Auftraggeber (Verleger) geraten und der Teilnahme an der Sozialversicherung bedürftig erscheinen. Versicherungspflichtig kraft Gesetzes sind Hausgewerbtreibende in der Krankenversicherung, dafern ihnen nicht ein jährliches Einkommen (gleichgültig welcher Herkunft) in Mindesthöhe der für die Krankenversicherungspflicht Angestellter maßgebenden Jahresarbeitsverdienstgrenze (3600 RM) sicher ist (§ 165 Abs. 1 Nr. 6 RVO.), und in der Invalidenversicherung (ohne Einkommensgrenze, § 1226 Nr. 2 RVO.); in der Arbeitslosenversicherung sind die nicht überwiegend selbst am Stück arbeitenden Zwischenmeister stets versicherungsfrei (§ 75c Abs. 1 ArblVG.), während im übrigen Hausgewerbetreibende durch Rechtsverordnung des Verwaltungsrates der Reichsanstalt der Versicherungspflicht, zugleich aber einer Sonderbehandlung unterstellt werden können (§ 75c Abs. 2, § 116a Nr. 2, vgl. § 206a ArblVG.). Neben den Hausgewerbetreibenden sind hier ausdrücklich auch die „Heimarbeiter" aufgeführt. Für die Gewerbe-Unfallversicherung kann die Versicherungspflicht durch Satzung der Berufsgenossenschaft auf Hausgewerbtreibende erstreckt werden, die Unternehmer eines der Art nach versicherten Betriebes (§§ 537, 538 RVO.) sind (§ 548 Nr. 2 RVO.); die Verweisung auf diese Vorschrift für die landwirtschaftliche Unfallversicherung (§ 922 RVO.) läuft wohl leer. Die Durchführung der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden hat der Praxis und der Gesetzgebung viel Schwierigkeiten gemacht; seit dem G. vom 30. April 1922 (RGBl. I S. 465) bestehen darüber die besonderen Vorschriften der §§ 466 bis 475a RVO. Die Hausgewerbtreibenden befinden sich insofern in einer eigentümlichen Zwitterstellung, als sie einerseits von den Gesetzen wie Arbeitnehmer ihrer Verleger behandelt werden (vgl. bes. § 206a ArblVG. und die Bezeichnung dessen, der die „Arbeit" unmittelbar an den Hausgewerbtreibenden vergibt, als Arbeitgeber in § 162 Abs. 4 RVO.), andrerseits selbst Hilfskräfte haben und als deren Arbeitgeber auftreten können (vgl. §§ 166, 470 Abs. 3 RVO.), ohne daß sie darum schon als Zwischenmeister (§ 75c Abs. 1 ArblVG., vgl. § 18 HArbG.) anzusehen wären. Zwischenmeister sind vielmehr solche Personen, die hausgewerbliche Aufträge von einem Verleger entgegennehmen und an Hausgewerbtreibende oder Hausarbeiter weitergeben, die sie dann außerhalb der etwaigen Betriebsstätte des Zwischenmeisters ausführen. Für die rechtliche Behandlung solcher Zwischenpersonen macht es wiederum einen Unterschied, ob sie den überwiegenden Teil ihres Verdienstes aus ihrer eigenen (vorwiegend körperlichen)

Arbeit am Stück beziehen oder aus einer mehr kaufmännisch-unternehmerlichen Geschäftsgebarung und den dabei zu erzielenden Zwischengewinnen. Auch im letzteren Fall unterliegt aber der Zwischenmeister der Kranken-, Invaliden- und gegebenenfalls Unfallversicherung, wenn er im übrigen die Begriffsmerkmale des Hausgewerbtreibenden aufweist.

d) Schon die Hausgewerbtreibenden stellen sich trotz ihrer schwachen sozialen Lage rechtlich und wirtschaftstheoretisch als Unternehmer dar. Mit Rücksicht auf ihre ebenfalls nicht sehr günstige Wirtschaftslage sind der Versicherungspflicht weitere Unternehmer kleinen Ausmaßes unterstellt, und zwar teils unmittelbar kraft Gesetzes (§ 1058 RVO., § 4 Nr. 2 AVG.), teils kraft gesetzlich vorgesehener Verordnung (§ 6 AVG. mit V. vom 8. Oktober 1929, RGBl. I S. 151; die Ermächtigung des § 1229 RVO. ist noch ungenutzt), teils kraft Satzung des Versicherungsträgers (§ 548 Nr. 1, §§ 922, 923, vgl. § 1034 Nr. 1, § 1059 RVO.). Die sozialpolitische Begrenzung der versicherungspflichtigen Unternehmer-Tatbestände ist nicht der Verdiensthöhe, sondern, soweit sie überhaupt besteht, der Zahl der im Unternehmen vorhandenen Arbeitnehmer entnommen. Mit dem Unternehmer gleichbehandelt wird in der Unfallversicherung dessen Ehegatte (§§ 159, 551, 922, 1062 RVO.). Eine Erweiterung nach der Richtung des Unternehmertums hin erfährt der Kreis der unfallversicherungspflichtigen Arbeitnehmer auch dadurch, daß nach § 545 RVO. als Angestellte in den Betrieben der Schauspielunternehmungen, Vorführungen usw. auch Personen gelten, die zur Schaustellung oder Vorführung artistischer Leistungen vertraglich verpflichtet sind; durch diese Vorschrift ist die oft schwierige Untersuchung überflüssig gemacht, ob es sich im Einzelfalle bei der vertraglichen Verpflichtung des Artisten um ein Arbeitsverhältnis oder um ein Werkvertragsverhältnis handelt.

e) Versicherungspflicht besteht endlich in einzelnen Versicherungszweigen für verschiedene Gruppen von Menschen, bei denen besondere, in den früher aufgeführten Gruppen nicht unterzubringende Tatbestände vorliegen. Am nächsten stehen den Arbeitnehmern, zu denen ja für das Sozialversicherungsrecht grundsätzlich auch die öffentlichen Beamten gehören, noch die Soldaten, die nach § 1226a RVO., § 4 Nr. 1 AVG. bei ihrer vorgesetzten Dienststelle — je nachdem, ob dies für ihren weiteren Lebensgang nach Ablauf der regelmäßig zwölfjährigen Dienstverpflichtung (§ 19 WehrG. vom 23. März 1921, RGBl. S. 329) zweckmäßig erscheint — die Invalidenversicherung oder die Angestelltenversicherung beantragen können, die aber nach Stellung des Antrages Pflichtversicherte des gewählten Versicherungszweiges sind. Die Soldaten des jetzigen Reichsheeres und der Reichsmarine stehen in einem freiwillig übernommenen Dienstverhältnis des öffentlichen Rechts und können weder den bürgerlichrechtlichen Arbeitnehmern noch den öffentlichrechtlichen Beamten zugerechnet werden[1]. Wegen der dienstlichen Unfallgefahr wird die Sozialversicherung für Soldaten wie für Beamte ergänzt durch das Unfallfürsorgegesetz für Beamte und Personen des Soldatenstandes vom 18. Juni 1901 (RGBl. S. 211). Wie die Soldaten hatten unter der Geltung des Reichsgesetzes über die Schutzpolizei der Länder vom 17. Juli 1922 (RGBl. I S. 597), das durch G. vom 10. Juli 1926 (RGBl. I S. 402) aufgehoben worden ist, die Angehörigen der Schutzpolizei die Möglichkeit, die Invaliden- oder Angestelltenversicherung zu beantragen; die so versicherungspflichtig gewordenen Schutzpolizeiangehörigen sind nach § 3 des Aufhebungsgesetzes noch jetzt pflichtversichert, jedoch wie die Soldaten nicht in der Arbeitslosenversicherung (mangels Krankenversicherungspflicht, § 69 Nr. 2 ArblVG.). — Ganz andersartig ist der Tatbestand, auf den im § 544a RVO. die Unfallversicherungspflicht erstreckt ist. Versichert sind u. a. Betriebe der Feuerwehren und Betriebe zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen (§ 537 Abs. 1 Nr. 4a RVO.), einerlei, wer

[1] Über ihre Rechtsstellung vgl. Papke: VerwArch. **34**, S. 24ff.

ihr Träger ist. Vielfach betätigen sich in dieser Richtung gemeinnützige Vereine. Dann unterstehen die im Betriebe tätigen, also mitrettenden Mitglieder der Unfallpflichtversicherung, obwohl sie als Mitglieder nicht Arbeitnehmer des Vereines sind, und ohne Rücksicht darauf, ob der Verein rechtsfähig ist oder nicht. Hingegen kann nicht von einer Versicherungspflicht gesprochen werden bei der Einbeziehung der Lebensrettungsunfälle in die Unfallversicherung (§ 553a RVO.). Denn wenn jemand, ohne rechtlich dazu verpflichtet zu sein, unter Gefahr für Leben, Körper oder Gesundheit einen anderen aus gegenwärtiger Lebensgefahr rettet oder zu retten unternimmt und dabei einen Unfall erleidet, so verschafft ihm dieser Tatbestand zwar einen Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen, führt aber keinerlei organisatorische Zugehörigkeit zu einem Versicherungsträger herbei. (Für Beamte und Schutzpolizeiangehörige, die Unfälle beim Lebensretten usw. erleiden, vgl. die an sich nicht in die RVO., sondern in die Unfallfürsorgegesetze gehörigen Ergänzungsvorschriften der §§ 554a bis 554c RVO.).

Zu a bis e. Andere als die im Vorstehenden aufgeführten Merkmale spielen für die Versicherungspflicht keine Rolle, insbesondere nicht das Geschlecht, das Alter (Ausnahme § 1 Abs. 3 AVG., oben b S. 43), die Gesundheit und die Staatsangehörigkeit (vgl. § 4 I 4) des zu Versichernden.

3. Ausnahmen von der Versicherungspflicht sind in mannigfacher Weise vorgesehen, wenn außer dem Tatbestand, der regelmäßig versicherungspflichtig macht (oben 2), noch ein weiteres Tatbestandsstück vorliegt, das Versicherungsfreiheit oder die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht nach sich zieht. Versicherungsfreiheit ist an sich einfach der kontradiktorische Gegensatz und das Begriffskomplement zur Versicherungspflicht, sodaß man überall, wo die Versicherungspflicht schon nach den Regelrechtssätzen nicht hin reicht, von Versicherungsfreiheit sprechen kann. So sind Angestellte und Hausgewerbtreibende, die oberhalb der Jahresarbeitsverdienst- oder Einkommensgrenze stehen, versicherungsfrei. Die Sozialversicherungsgesetze verstehen aber unter Versicherungsfreiheit meist eine Ausnahmerechtsfolge, die innerhalb des Kreises der regelmäßig versicherungspflichtigen Tatbestände eintritt, wenn die Sachlage besonders gestaltet ist. Die Ausnahmen von der Versicherungspflicht treten teils allgemein auf den Tatbestand hin ein — dann spricht man von Versicherungsfreiheit —, teils können sie im Einzelfall beim Vorliegen gewisser Umstände verfügt oder beantragt werden — Befreiung von der Versicherungspflicht. Herbeigeführt werden können die Ausnahmen durch Gesetz oder auf gesetzlicher Grundlage durch Verordnung, durch Satzung des Versicherungsträgers (§ 477 Abs. 3 RVO., oben 2b, S. 42), durch Organbeschluß des Versicherungsträgers (§ 549 RVO.: Versicherungsfreierklärung satzungsgemäß unfallversicherungspflichtiger Betriebsunternehmer wegen geringer Unfallgefahr durch den Vorstand der Berufsgenossenschaft), durch Antrag des Versicherten selbst oder seines Arbeitgebers; eine besondere Zwischenform zeigt das ArblVG., wo zwar in den §§ 70 bis 75d gewisse Tatbestände gesetzlich für versicherungsfrei erklärt sind, der volle Eintritt der Ausnahmerechtsfolgen aber von der Erstattung einer Befreiungsanzeige durch den Arbeitgeber abhängt (§§ 85a, 85b). Sachlich knüpfen die Ausnahmen sich an verschiedenartige Umstände, unter denen das geringe Ausmaß der Arbeitsleistung (§ 168 RVO. mit V. vom 17. November 1913/16. Dezember 1927, RGBl. S. 756/I 343, § 1232 RVO. mit Bek. vom 27. Dezember 1899, RGBl. S. 725, und Bek. vom 9. Juli 1913, S. 571, § 1239 RVO. mit V. vom 24. Dezember 1899/16. April 1924, RGBl. S. 721/I 405, § 10 AVG. mit V. vom 9. Februar 1923, RGBl. I S. 109) oder des erzielten Entgelts (§ 1227 RVO., § 9 AVG.), die Gewährleistung entsprechender Fürsorge von anderer Seite (§§ 165 bis 171, 554, 922, 1064, 1234, 1237, 1242 RVO., §§ 11, 14, 17 AVG., § 30 RKnG.) und die Unmöglichkeit oder Unwahrscheinlichkeit der Erreichung des Versicherungsfalles oder ausreichender Leistungen (§§ 172 bis 174, 543, 549, 922, 1233, 1235, 1236, 1238, 1242 RVO., §§ 12, 13 AVG.) die wich-

tigsten sind. In der Arbeitslosenversicherung bildet auch die Gefahr ihres Mißbrauchs einen Grund zur Einführung von Versicherungsfreiheiten (vgl. die jetzigen §§ 70 bis 75d ArblVG. mit den §§ 70 bis 76 der ursprünglichen Fassung). Das Maß der Ausnahmen hat die Nachkriegsgesetzgebung gegen die Vorkriegszeit erheblich verringert. Eine durch den sogenannten Personalabbau bei den öffentlichen Verbänden ausgelöste Neuerung ist es, daß beim Ausscheiden bisher wegen Pensionsanwartschaft versicherungsfreier Personen aus der versicherungsfreien Beschäftigung der bisherige Arbeitgeber aus eigenen Mitteln die Beiträge zur Invaliden- oder Angestelltenversicherung nachzuentrichten hat (§ 1242a RVO., § 18 AVG., beide in der Fassung des G. vom 29. März 1928, RGBl. I S. 117, als Reste der zuerst durch V. über den Übertritt aus versicherungsfreier in versicherungspflichtige Beschäftigung und umgekehrt vom 13. Februar 1924, RGBl. I S. 62, auf Grund des Zweiten Ermächtigungsgesetzes getroffenen Regelung, dazu V. über die Nachentrichtung von Beiträgen für versicherungsfreie Personen vom 4. Oktober 1930, RGBl. I S. 461, ferner § 30 Abs. 4, § 52 Abs. 4 RKnG.).

B. Die Versicherungsberechtigten können aus eigener Entschließung nach Wegfall des versicherungspflichtigen Tatbestandes die Versicherung fortsetzen (1) oder aus eigener Entschließung, gelegentlich auch durch Entschließung eines Dritten, ein Versicherungsverhältnis begründen (2). In beiden Fällen spricht man von freiwilliger Versicherung. Der darauf gerichtete einseitige Antrag (in § 313 RVO., § 86 ArblVG. Anzeige genannt) bindet, von geringen Ausnahmen abgesehen, den Versicherungsträger, ist also Gestaltungsakt. Zu unterscheiden von der freiwilligen Weiterversicherung und der freiwilligen Selbstversicherung (oder freiwilligen Drittversicherung) ist die freiwillige Höherversicherung (3), die nicht neue versicherte Tatbestände schafft, sondern nur eine inhaltliche Änderung an sich schon bestehender Pflichtversicherungsverhältnisse herbeiführt.

1. Freiwillige Weiterversicherung ist zugelassen beim Ausscheiden eines Menschen aus bisheriger Versicherungspflicht, einerlei ob diese wegen Lösung des Arbeitsverhältnisses oder wegen Überschreitung der Jahresarbeitsverdienst- oder Einkommensgrenze endet,

a) in der Krankenversicherung und knappschaftlichen Krankenversicherung (§ 313 RVO., § 15 Abs. 1 RKnG.). Voraussetzung ist, daß unmittelbar vor dem Ausscheiden eine ununterbrochene sechswöchige oder in den vorangegangenen zwölf Monaten eine insgesamt sechsundzwanzigwöchige Pflichtversicherung bestanden hat. Die Weiterversicherung ist nur bei dem letzten bisherigen Versicherungsträger, wenn aber der Versicherte nicht im Bereich seiner bisherigen Kasse wohnt oder daraus verzieht, nur bei der artentsprechenden Krankenkasse des Wohnortes möglich; bei späterer Wohnortverlegung geht das Weiterversicherungsverhältnis selbsttätig auf die Kasse des neuen Wohnortes über (§ 313b). Die Weiterversicherung wird herbeigeführt durch eine Anzeige, die dem Versicherungsträger binnen dreier Wochen nach dem Ausscheiden (in den Fällen des § 311 RVO. — s. § 9 II 1b S. 69 — nach der Beendigung der Kassenleistungen, bei Arbeitslosen nach Ablauf der Unterstützungsdauer, bei rückkehrenden Seeleuten nach der Rückkehr ins Inland, § 478) zu erstatten ist, oder durch volle Weiterzahlung der Beiträge; geht die Anzeige erst nach der ersten Woche nach dem Ausscheiden ein, so besteht kein Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen wegen Erkrankungen in der zweiten oder dritten Woche. Die Weiterversicherung kann fortgesetzt werden, solange der Versicherte sich regelmäßig im Inland (nicht etwa nur im Bezirke des Versicherungsträgers) aufhält, die Beiträge rechtzeitig entrichtet (§ 314), nicht Pflichtmitglied eines anderen Krankenversicherungsträgers wird (§ 312) und sein regelmäßiges jährliches Gesamteinkommen 8400 Reichsmark nicht übersteigt (§ 178). Der Weiterversicherte bleibt zunächst in seiner bisherigen Lohnstufe oder Klasse; doch kann die Einstufung auf Antrag des Versicherten wie auf einseitige Anordnung des Kassenvorstandes

(oder der Verwaltung der Bezirksknappschaft oder besonderen Krankenkasse, § 26 RKnG.) jederzeit den gegenwärtigen Einkommensverhältnissen des Versicherten angepaßt werden (§ 313a). Wegen Überschreitung einer Höchstgrenze des Gesamteinkommens endet die freiwillige Weiterversicherung wie die freiwillige Selbstversicherung wieder seit der V. des Reichspräsidenten vom 26. Juli 1930 (§ 178 RVO.). Auf der gleichen V. beruht die Möglichkeit für den nicht anderweit gegen Krankheit sozialversicherten überlebenden Ehegatten, die Krankenversicherung des Verstorbenen unter denselben Voraussetzungen und in derselben Weise wie ein Mitglied fortzusetzen (§ 313 Abs. 4 RVO.); obwohl hierbei ein Versicherungsverhältnis mit einem bisher nicht versicherten, nur an der Familienhilfe beteiligten Menschen be gründet wird, ist die Möglichkeit doch als Weiterversicherung behandelt.

b) in der Invalidenversicherung (§ 1244 RVO., §§ 101, 102 RKnG.) und in der Angestelltenversicherung (§ 21 AVG.), wobei nur in der letzteren eine Mindestdauer der vorangegangenen Pflichtversicherung (vier Beitragsmonate) gefordert wird. Die Weiterversicherung wird bewirkt durch Kleben von Beitragsmarken (Mindestklasse s. § 1440 RVO., § 185 AVG.). Sie kann auch während des Aufenthaltes des Versicherten im Auslande begonnen oder fortgesetzt werden (§ 1440 Abs. 2 RVO., § 21 Abs. 2 AVG.). Regelmäßig fortlaufende Entrichtung von Beiträgen ist nicht notwendig (§ 1283 RVO., § 55 AVG.), doch hat die Weiterversicherung für den Versicherten nur dann wirtschaftlichen Sinn, wenn er dadurch die technischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs (Wartezeit, Anwartschaft, unten § 19) erreicht oder aufrechterhält.

c) in der knappschaftlichen Pensionsversicherung der Arbeiter wie der Angestellten (§ 77 RKnG.). Hier kann auch (wie bis zum G. vom 10. November 1922, RGBl. I S. 849, nach § 15 AVG. ursprünglicher Fassung in der Angestelltenversicherung) das Recht auf die bis zum Ausscheiden aus der Versicherungspflicht erworbenen Ansprüche durch Zahlung einer Anerkennungsgebühr erhalten werden (§ 76 RKnG.).

d) Die Arbeitslosenversicherung kennt eine Weiterversicherung nur bei Angestellten, die wegen Überschreitung der Jahresarbeitsverdienstgrenze der Angestelltenversicherung aus der Arbeitslosenversicherungspflicht ausscheiden. Es bedarf dazu einer Anzeige, die binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden an die Stelle zu richten ist, die die Beiträge einzieht (§ 86 ArblVG., vgl. V. vom 30. September 1927, RArbBl. I S. 43).

Für die Unfallversicherung ist freiwillige Weiterversicherung nicht vorgesehen, weil hier mit dem versicherungspflichtigen Tatbestand auch die Unfallgefahr endet.

Gesellschaftlich gesehen bedeuten die Fälle der Weiterversicherung (mit Ausnahme des § 313 Abs. 4 RVO.) keine irgendwie wesentliche Erweiterung des versicherten Personenkreises über den Umfang der Pflichtversicherung hinaus.

2. Die freiwillige Selbstversicherung hingegen sowie die Versicherung durch Entschließung Dritter führt auch gesellschaftlich zu einer Erweiterung des versicherten Personenkreises. Sie setzt nicht voraus, daß für den zu versichernden Menschen vorher eine Versicherungspflicht bestanden hat. Zugelassen ist Selbstversicherung in allen Versicherungszweigen außer der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Arbeitslosenversicherung; Drittversicherung ist nur in der Unfallversicherung vorgesehen. Die freiwillige Selbstversicherung und Drittversicherung wird in der Kranken- und Unfallversicherung herbeigeführt durch einen Antrag an den Versicherungsträger, in der Invaliden- und Angestelltenversicherung durch Entrichtung der Beiträge. Nur in der Krankenversicherung hat der Versicherungsträger die Möglichkeit, den Beitritt von einer Altersgrenze (deren Festsetzung der Zustimmung des Oberversicherungsamtes bedarf) und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig zu machen, kann also ungünstige Risiken zurückweisen (§ 176 Abs. 3 RVO.).

a) Zum freiwilligen Beitritt berechtigt sind zunächst Personen, bei denen — vorwiegend als Arbeitnehmern — der Regeltatbestand der Versicherungspflicht vorliegt, die aber wegen besonderer Umstände versicherungsfrei sind. In der Krankenversicherung können alle Versicherungsfreien sich selbst versichern, die nach der Art ihrer Tätigkeit unter § 165 Abs. 1 RVO. fallen (§ 176 Abs. 1 Nr. 1 RVO, vgl. § 15 Abs. 1 RKnG.), jedoch nur, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen zur Zeit des Beitritts nicht die allgemeine Jahresarbeitsverdienstgrenze der Krankenversicherung übersteigt (späteres Steigen des Einkommens über 8400 RM beendigt das Versicherungsverhältnis auch hier, § 178 RVO.). Aus dieser Einkommensgrenze ergibt sich, daß für die Krankenversicherung solche Angestellte nicht selbstversicherungsberechtigt sind, die wegen hohen Arbeitsentgelts nicht versicherungspflichtig sind; beim Überschreiten der Jahresarbeitsverdienstgrenze ist jedoch freiwillige Weiterversicherung möglich. Der Reichsregierung ist vorbehalten, zu bestimmen, daß und wieweit solche Personen der Krankenversicherung freiwillig beitreten können, die nach § 168 RVO. wegen vorübergehender Beschäftigung versicherungsfrei sind (§ 176 Abs. 2 RVO.); diese Ermächtigung ist bisher ungenutzt. Sie zeigt aber, daß die nur vorübergehende Dienste leistenden Arbeitnehmer nicht schon kraft Gesetzes versicherungsberechtigt, also nicht im Sinne des § 176 Abs. 1 RVO. versicherungsfrei sind; § 168 RVO. und die kraft seiner erlassenen Verordnungen vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) und vom 16. Dezember 1927 (I S. 343) sind demnach als von vornherein gegebene Einschränkungen der Regeln über Versicherungspflicht und nicht als Ausnahmesätze aufzufassen. In der Invalidenversicherung sind gerade und nur die wegen vorübergehender Dienstleistungen und wegen geringfügigen Entgelts (nur freier Unterhalt) Versicherungsfreien zur Selbstversicherung berechtigt (§ 1243 Abs. 1 Nr. 2 RVO., vgl. § 101 Abs. 1 RKnG.). In der Angestelltenversicherung besteht Beitrittsberechtigung für die entsprechenden Personengruppen und diejenigen, die zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für den zukünftigen Beruf gegen Entgelt tätig und deshalb versicherungsfrei sind (§ 22 Abs. 1 Nr. 3 AVG.), ferner aber für alle Angestellten (im Sinne des Oberbegriffes des § 1 Abs. 1), deren Jahresarbeitsverdienst oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt (§ 22 Nr. 1 AVG.). Die letztere Gruppe ist auch in der knappschaftlichen Pensionsversicherung der Angestellten selbstversicherungsberechtigt (§ 53 RKnG.). Durchweg besteht die Beitrittsberechtigung zu den Rentenversicherungen nur bis zur Vollendung des vierzigsten Lebensjahres. Eine einmal begonnene Selbstversicherung kann nach Wegfall der Voraussetzungen fortgesetzt werden (im einzelnen vgl. die voneinander etwas abweichenden Absätze 2 der § 1243 RVO., § 22 AVG., § 53 RKnG.; auch in der Krankenversicherung muß Fortsetzungsmöglichkeit, mit der Begrenzung des § 178 RVO., angenommen werden).

b) Selbstversicherung ist ferner möglich für Unternehmer. Praktisch handelt es sich dabei vorwiegend um Kleinunternehmer, die zumeist selbst in der Betriebsstätte mit Hand anlegen, ohne daß aber die geringe Betriebsgröße durchweg ein förmliches Erfordernis der Versicherungsberechtigung bildet. Der Krankenversicherung allerdings können nur solche Gewerbtreibende und andere Betriebsunternehmer freiwillig beitreten, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen und deren jährliches Gesamteinkommen zur Zeit des Beitritts nicht die 3600-Reichsmark-Grenze übersteigt (§ 176 Abs. 1 Nr. 3 RVO.; in der knappschaftlichen Krankenversicherung kommt die Selbstversicherung solcher Kleinunternehmer wohl praktisch nicht vor, ist aber nach § 15 Abs. 1 RKnG. möglich). Auch für den freiwilligen Eintritt von Gewerbtreibenden und anderen Betriebsunternehmern in die Invalidenversicherung besteht die Voraussetzung, daß sie höchstens zwei Invalidenversicherungspflichtigen Arbeit geben (§ 1243 Abs. 1 Nr. 1 RVO., § 101 Abs. 1 RKnG.). Der Angestelltenversicherung können Personen beitreten, die für eigene Rechnung — als Unternehmer

— eine ähnliche Tätigkeit wie die im § 1 Abs. 1 AVG. aufgezählten Personengruppen ausüben (§ 22 Abs. 1 Nr. 2 AVG.); auf ihre etwaige Arbeitgebereigenschaft kommt es hier überhaupt nicht an, während für die Frage der Invalidenversicherungsberechtigung nur die etwa beschäftigten Angestellten nicht in Betracht kommen. Wegen der Altersgrenze und der Fortsetzungsmöglichkeit gilt bei der Selbstversicherung der Unternehmer für Invaliden- und Angestelltenversicherung das gleiche wie bei der der versicherungsfreien Arbeitnehmer. Ganz verzichtet das Gesetz auf eine Beschränkung der Selbstversicherungsberechtigung durch die Betriebsgröße in der Unfallversicherung. Hier können sich Unternehmer schlechthin, d. h. diejenigen, für deren Rechnung ein unfallversicherter Betrieb oder eine unfallversicherte Tätigkeit geht (§ 633 RVO.), gegen die Folgen von Betriebsunfällen selbst versichern; daneben sind noch besonders die Binnen- und Seelotsen, die ihr Gewerbe für eigene Rechnung betreiben, als Versicherungsberechtigte genannt (§§ 550, 922, 1061 RVO.).

c) Familienangehörige des Arbeitgeber-Unternehmers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis[1] und ohne Entgelt in seinem Betriebe tätig sind, können der Krankenversicherung beitreten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen hinter der 3600-Reichsmark-Grenze zurückbleibt (§ 176 Abs. 1 Nr. 2 RVO.); andere Familienangehörige, jedoch mit Ausnahme der Ehegatten (§ 159 RVO.), sind gegebenenfalls versicherungspflichtig. Zur Unfallversicherung ist der im Betriebe tätige Ehegatte wie der Unternehmer beitrittsberechtigt (§§ 551, 922, 1062 RVO.).

d) Freiwilliger Beitritt anderer Personengruppen nach Landesrecht ist für die Krankenversicherung vorbehalten (§ 177 RVO.).

e) Drittversicherung kann durch die Satzung der Unfallversicherungsträger ermöglicht werden derart, daß der Betriebsunternehmer Personen, die im Betriebe beschäftigt, aber nicht versicherungspflichtig sind, der Betriebsunternehmer oder der Vorstand der Berufsgenossenschaft Personen, die nicht im Betriebe beschäftigt sind, aber die Betriebsstätte besuchen oder auf ihr verkehren (z. B. Essenbringer, fliegende Händler), der Genossenschaftsvorstand Organmitglieder und Angestellte der Berufsgenossenschaft gegen Unfälle versichern kann (§§ 552, 922, 1064 Nr. 1 RVO.). Durch Herbeiführung der Drittversicherung kann insbesondere der Unternehmer sich in seiner bürgerlichrechtlichen Haftung für Schäden, die mit dem Betriebe zusammenhängen, entlasten (vgl. § 898 RVO.)[2].

3. Freiwillige Höherversicherung ist in der Invaliden- und Angestelltenversicherung, auch wenn sie von der Reichsknappschaft durchgeführt wird, vorgesehen; sie erfolgt durch Entrichtung höherer als der pflichtmäßigen Beiträge (§ 1248 RVO., § 184 Abs. 2, vgl. § 171a AVG., § 55 RKnG.). Der Arbeitgeber hat aber mehr, als der gesetzlichen Versicherungsklasse entspricht, nur beizutragen, wenn er die Höherversicherung mit dem Arbeitnehmer vereinbart hat. Sachlich verwandt mit der Höherversicherung ist in der Krankenversicherung die durch die Kassensatzung einführbare Möglichkeit, daß Versicherte, die vorübergehend einen verminderten Lohn beziehen, in ihrer alten Lohnstufe versichert bleiben, wenn sie den Mehrbetrag des Beitrages selbst übernehmen oder der Arbeitgeber zustimmt (§ 382 RVO.). Über diese Vorschrift hinaus wird in der Praxis unter Duldung der Versicherungsträger vielfach davon abgesehen, bei vorübergehender Lohnminderung, Verkürzung der Wochenarbeitszeit oder Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses (Kurzarbeit, Aussetzen, sog. Werksbeurlaubung) das Versicherungsverhältnis formgerecht inhaltlich zu ändern oder zu lösen, obwohl ja nach Gesetzesrecht der Wegfall des versicherungspflichtigen Tatbestandes das daraus erwachsene Rechtsverhältnis ohne weiteres zum Erlöschen bringt. Es zeigt sich hier das Übergewicht der Verwaltungsübung über das Gesetzesrecht oder mindestens die vordrängende Bedeutung der verwaltungstechnischen Meldevorschriften (§ 317 RVO. usw.) gegenüber den ipso jure eintretenden Wirkungen des Tatbestandes[3].

---

[1] § 176 Nr. 2 RVO. ist eine der ganz wenigen Stellen, an denen das Gesetz geradezu vom Arbeitsverhältnis statt wie sonst vom Beschäftigungsverhältnis spricht.

[2] Darüber hinaus haben manche Berufsgenossenschaften sich Einrichtungen zur Versicherung ihrer Mitglieder gegen Haftpflicht angegliedert, die jedoch nicht zur Sozialversicherung gehören und deshalb der rechtlichen Organisation nach von der Genossenschaft getrennt sind.

[3] Die nur formale Versicherung, kraft deren Rechtsbeziehungen zwischen Versicherungsträgern und Personen entstehen, die nicht versichert sind, kann nicht mit Pflichtversicherung

II. Die Arbeitgeber, die durchweg zu Sozialversicherungsbeiträgen herangezogen werden, die die Beiträge abzuführen haben und auch sonst mit verwaltungstechnischen Pflichten belastet sind, stehen nicht so wie die Versicherten im Mittelpunkte des Sozialversicherungsrechtes, sind aber doch auch in sehr starkem Maß an der Organisation der Versicherungsträger beteiligt. Dabei handelt es sich hier nicht um diejenigen Auch-Arbeitgeber, die selbst versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind, sondern um diejenigen Personen, die nur in ihrer Arbeitgeberfunktion, auf dem Weg über die Verwirklichung des versicherungspflichtigen Arbeitstatbestandes durch Arbeitnehmer an Arbeitsgegenständen ihres Herrschaftsbereiches, erfaßt werden und die das Gesetz je nach dem Zusammenhang als Arbeitgeber oder als Unternehmer bezeichnet, ohne dafür eine allgemeine Begriffsbestimmung zu geben[1]. Einer solchen bedarf es auch kaum, da der Begriff des Arbeitgebers sich zwangläufig aus dem des Arbeitsrechts und des Arbeitnehmers ergibt. Formelmäßig läßt er sich dahin fassen, daß Arbeitgeber das Rechtssubjekt (vgl. S. 31 Anm. 1) ist, dem ein rechtsfähiger Mensch zeitgebundene Arbeit außerhalb ohnehin bestehender persönlicher Abhängigkeit[2] leistet, und zwar an Arbeitsgegenständen, die dem Arbeitenden fremd sind, aber im Herrschaftsbereich des Arbeitsempfängers liegen oder durch die Arbeit in dessen Herrschaftsbereich fallen. Nur für die Besetzung der Ehrenämter bei Versicherungsträgern geben § 13 Abs. 1 RVO., § 110 AVG., § 17 Abs. 1 ArblVG. als Merkmal der Arbeitgebereigenschaft an, daß regelmäßig mindestens ein Versicherungspflichtiger der entsprechenden Art beschäftigt wird; bei der Besetzung der Ehrenämter bei Versicherungsbehörden werden ungeachtet eigener Versicherung solche Menschen, die regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, den Arbeitgebern zugerechnet (§ 47 Abs. 2, § 76 RVO.).

Da der Begriff des Arbeitgebers das Vorliegen mindestens eines Arbeitsverhältnisses voraussetzt, die Hausgewerbtreibenden aber nicht Arbeitnehmer sind, bedarf es für die Durchführung der Versicherung Hausgewerbtreibender der Bestimmung solcher Personen, denen die sonst dem Arbeitgeber auferlegten Pflichten obliegen. In § 162 Abs. 4, 5 RVO. ist deshalb bestimmt, daß als Arbeitgeber des Hausgewerbtreibenden gilt, wer die Arbeit unmittelbar an ihn vergibt, während Auftraggeber derjenige ist, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung der Hausgewerbtreibende hausgewerblich arbeitet. Auf beide Personen sind dann die gewöhnlichen Arbeitgeberpflichten nach Zweckmäßigkeit verteilt (vgl. §§ 471 bis 474, 735 RVO.); beide Rollen können in einer Person zusammentreffen.

Zu I und II. Die Versicherten und die Arbeitgeber versicherungspflichtiger Arbeitnehmer (und Hausgewerbetreibender) sind als solche am verfassungsmäßigen Aufbau der Versicherungsträger mit Selbstverwaltungseinfluß in abgestufter Weise beteiligt (vgl. § 6 III). Zwischen ihnen und der juristischen Person des Versicherungsträgers besteht ein Innenverhältnis, kraft dessen sie mitgliedschaftliche oder mitgliedschaftsähnliche Pflichten und Rechte haben; aus diesem organisatorischen Rechtsgrundsverhältnis erwachsen dann als Einzelansprüche Sonderpflichten und Sonderrechte der Versicherten und Arbeitgeber, die teils nur verwaltungstechnische Bedeutung, teils aber materiellen Inhalt haben (Meldepflichten/Beitragspflichten und Leistungsansprüche). Das Verhältnis zwischen einer öffentlichen Einrichtung und den damit in Berührung kommenden Personen, insbesondere den Benutzern, kann rechtlich verschieden gestaltet sein. Die Leistungen eines öffentlichen Rechtssubjekts (oder auch eines Privatrechtssubjekts) können einfach irgendwelchen anderen Personen zugute kommen, ohne daß um deswillen Rechtsverhältnisse begrün-

---

und freiwilliger Versicherung in eine Reihe gestellt werden und erweitert nicht den Kreis derer, mit denen die Versicherungsträger es als mit Versicherten zu tun haben. Sie ist deshalb nicht hier, sondern bei den Leistungen der Versicherungsträger mit darzustellen (s. § 19 I 1, S. 134).

[1] §§ 633, 958, 1121 RVO. befassen sich nur mit dem Unternehmer unfallversicherter Betriebe, können aber einen Anhalt für den Unternehmerbegriff im allgemeinen geben.

[2] Wegen der Lockerung dieses Merkmals und damit der Erweiterung des Arbeitgeberbegriffes für die Unfallversicherung s. oben I 2 zu a und b, S. 48.

det werden; die Nutzensempfänger stehen dann zum Leistenden im Sachverhältnis (Objektsverhältnis) und haben auf dessen Verhalten keinerlei rechtlichen Einfluß. Für die Veranstaltung eine besondere juristische Person zu schaffen, erscheint dann überflüssig. Zwischen dem Träger der öffentlichen Einrichtung und den damit in Berührung kommenden Personen können weiter besondere Gewaltverhältnisse des öffentlichen Rechts begründet werden, verschärfte Abhängigkeiten aller in den vorgesehenen besonderen Zusammenhang eintretenden Privatpersonen zugunsten eines bestimmten Zweckes öffentlicher Verwaltung[1]. Dazu bedarf es der rechtssatzmäßigen Grundlage und im Einzelfalle des freiwilligen Eintritts des zu Unterwerfenden (Inanspruchnahme der vorgesehenen Leistungen) oder der Anspruchserhebung durch den Träger öffentlicher Gewalt. Besondere Gewaltverhältnisse finden sich in der Sozialversicherung zwischen Versicherungsträgern einerseits und Versicherten oder Arbeitgebern andrerseits (Krankenordnung, Unfallverhütungsvorschriften, Melde-(Stempel)vorschriften für Arbeitslose); mit dieser Rechtsfigur kann aber nicht die ganze Sozialversicherung erklärt werden. Stärkeren rechtlichen Inhalt zugunsten der privaten Beteiligten hat das Verhältnis der Angehörigkeit. Als Angehörige oder Drittgesicherte der juristischen Person kann man die Menschen bezeichnen, um derentwillen eine öffentliche Angelegenheit durch die gesonderte juristische Person (Anstaltspersönlichkeit) geführt wird, weil ihnen so die Verwendung der von ihnen beigetragenen Mittel für den ihnen erwünschten Zweck am besten gewährleistet werden kann. Ein Rechtsverhältnis, durch das den Angehörigen Einfluß auf die Verwaltung der juristischen Person eingeräumt würde, besteht bei rein anstaltlicher Verfassung nicht. Auch öffentliche Genossenschaften können Angehörige in diesem Sinne haben. Sie haben aber überdies Mitglieder, die in der juristischen Person vereinsartig zusammengefaßt sind und an deren Verwaltung verfassungsmäßig mitwirken; sie verfolgen mittels der Genossenschaft ihre eigenen, öffentlichrechtlich anerkannten Zwecke[2]. Zwischen den angedeuteten Typen gibt es Übergangs- und Mischformen. In der Sozialversicherung besteht bei den im § 6 III als Genossenschaften gekennzeichneten Trägern eine ziemlich stark entwickelte Mitgliedschaft, während bei den anstaltlichen Versicherungsträgern den Angehörigen immerhin mitgliedschaftsähnliche Rechte zur Einwirkung auf die Verwaltung eingeräumt sind. Mitglieder sind bei den Berufsgenossenschaften die Unternehmer der versicherten Betriebe (auch als Selbstversicherte ohne versicherungspflichtige Arbeitnehmer), bei der Reichsknappschaft und den Krankenkassen (hier trotz des gesetzlichen Sprachgebrauches, der nur die Versicherten als „Mitglieder" bezeichnet) die Versicherten und ihre Arbeitgeber[3]; im übrigen sind die unter I und II verzeichneten Personen Angehörige der jeweiligen Versicherungsträger mit Selbstverwaltungseinfluß, der für die versicherten Arbeitnehmer bei den Berufsgenossenschaften am schwächsten entwickelt, bei der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung durch die wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer mediatisiert ist (§§ 6, 7, 10 ArblVG.; auch die Einschaltung des Reichswirtschaftsrates bei der Besetzung des Verwaltungsrates der Reichsanstalt läuft auf solche Mediatisierung hinaus[4].

III. Außerhalb organisatorischer Beziehungen haben, kraft gesetzlicher Vorschrift oder Ermächtigung, manche Versicherungsträger Leistungen der Sozialversicherung oder ähnliche Leistungen auszureichen an Menschen, die nicht bei ihnen,

---

[1] Otto Mayer: Deutsches Verwaltungsrecht 1, 3. Aufl., S. 101f.

[2] Vgl. hierzu Jacobi: Träger § 4, S. 34ff., und Otto Mayer: Deutsches Verwaltungsrecht 2, 2. Aufl., S. 539ff.

[3] Nur technische, keine organisationsrechtliche Bedeutung hat der Ausdruck „Mitglied" bei den Pensionskassen der Reichsknappschaft (z. B. §§ 28, 49 RKnG.), die ja keine organisatorisch selbständigen Gebilde, sondern nur Rechnungsabteilungen sind.

[4] Einzelnachweise in der folgenden Darstellung und bei Jacobi: Träger S. 37 bis 69.

sondern bei einem anderen Versicherungsträger desselben oder eines anderen Versicherungszweiges oder überhaupt nicht versichert sind. Am reichsten entfaltet sind diese Möglichkeiten bei den Krankenkassen. Wohnt ein Krankenversicherter außerhalb des Bezirkes seiner Kasse und erkrankt er (oder ein Familienangehöriger oder ein ausgeschiedener Erwerbsloser, dem Leistungen zu gewähren sind), so erhält er die Leistungen der zuständigen Kasse auf deren Erfordern von einer Krankenkasse des Wohnortes („Überwiesene", § 219 RVO.). Erkrankt ein Krankenversicherter während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb seines Kassenbezirkes, so erhält er die Leistungen auch ohne Antrag seiner Kasse von einer Krankenkasse des Aufenthaltsortes, solange er seines Zustandes wegen nicht an seinen Wohnort zurückkehren kann („Reisekranke", § 220 RVO.). Die Versicherten der See-Krankenkasse (und deren Familienangehörige) erhalten die ihnen zustehenden Leistungen ohne besonderen Auftrag im Einzelfalle von einer Krankenkasse des Beschäftigungs-, Wohn- oder Aufenthaltsortes (§ 483 RVO.). Mit der Durchführung der Unfallversicherungsleistungen gegenüber einem Verletzten kann der Träger der Unfallversicherung für die Dauer der Krankenbehandlung eine Krankenkasse beauftragen, ohne Rücksicht darauf, ob der Verletzte Mitglied der beauftragten Kasse oder überhaupt krankenversichert ist (§ 1510 RVO.). Die Heilbehandlung Versorgungsberechtigter wird durch die Krankenversicherungsträger gewährt, an Krankenversicherte durch ihren Versicherungsträger, sonst durch eine Allgemeine Orts- oder Landkrankenkasse („Zugeteilte", § 8 Abs. 3 RVersorgG.). Endlich kann die Satzung der Krankenkasse den Vorstand ermächtigen, durch Vereinbarung mit dem Fürsorgeträger die Krankenbehandlung an Fürsorgeempfängern zu übernehmen („Übernommene", § 363a RVO.). In allen diesen Fällen erwächst der Krankenkasse, die die Leistungen gewährt, ein Erstattungsanspruch gegen den eigentlich Verpflichteten. Leistungsgewährung an Nichtversicherte bedeutet auch die Entschädigung von Lebensrettungsunfällen durch Unfallversicherungsträger (§ 553a RVO.). Die Invalidenversicherungsanstalten können bei der eigentümlichen Gestaltung ihrer räumlichen Bezirkseinteilung in die Lage kommen, Leistungen festzustellen und zur Auszahlung anzuweisen für Versicherte, die niemals an sie Beiträge entrichtet haben (§§ 1630, 1329 RVO.); die Verteilung der Gesamtzahlung auf sämtliche Versicherungsträger nach Maßgabe der Beitragseinnahmen (§ 1405 Satz 2 RVO.) gleicht das wieder aus. Die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung hat unter Umständen an ihr an sich angehörende Personen vor Erreichung oder nach Erschöpfung des Versicherungsanspruchs Krisenunterstützung zu gewähren (§ 101 ArblVG.) und ganz unabhängig von einem Versicherungsverhältnis ehemalige Angehörige der Reichswehr, der Schutzpolizei der Länder und des (jetzt durch V. vom 31. März 1931, RGBl. I S. 78, aufgelösten) Reichswasserschutzes zu betreuen (§ 1 Abs. 2 Satz 3 ArblVG., Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 8., 20. und 29. März 1930, RArbBl. I S. 49, 53, 62).

IV. Die Versicherungsträger bedürfen zur Durchführung ihrer Aufgaben mannigfacher Dienste, Hilfen und Lieferungen anderer Personen. Soweit sie sich zu ihrer Erlangung der gewöhnlichen Formen des bürgerlichen Rechts bedienen (z. B. Miete von Geschäftsräumen, Kauf von Geschäftsbedürfnissen), sind die dabei entstehenden Rechtsverhältnisse hier nicht darzustellen. Soweit es sich um Verwaltungs- oder Rechtshilfe handelt, ist dessen an gegebener Stelle, insbesondere beim Verfahrensrecht (III. Teil, §§ 30, 31) zu gedenken. Eigene Vorschriften enthalten die Gesetze über das Verhältnis der Versicherungsträger zu Ärzten, Zahnärzten, Hebammen, anderen Heilpersonen, Krankenhäusern und Apotheken und für die Verwendung von Beamten, Angestellten und Arbeitern im Dienste der Versicherungsträger. Die so geregelten Rechtsverhältnisse, die sich geradezu zu arbeitsrechtlichen Sondergebieten innerhalb des Sozialversicherungsrechtes verdichten, werden im IV. Teile kurz dargestellt. Hier ist auf alle

diese Beziehungen nur hinzuweisen, damit die reiche Mannigfaltigkeit der Außenverhältnisse der Versicherungsträger neben der Gestaltung des Innenverhältnisses erkennbar wird.

§ 8. Errichtung und Auflösung von Versicherungsträgern.

Um nicht ins Uferlose zu geraten, muß die Darstellung der rechtlichen Bestehensvoraussetzungen, der Errichtung und Auflösung der Versicherungsträger sich mehrfache Beschränkungen auferlegen. Zunächst kommen nur die Versicherungsträger im eigentlichen Sinn und unter diesen wieder vorzugsweise die regelmäßigen Versicherungsträger in Betracht, während die nichtrechtsfähigen öffentlichrechtlichen Sondergebilde (Versicherungsträger im weiteren Sinne), die öffentlichrechtlichen Subjekte mit allgemeineren Aufgaben, deren Bestand ja von der Versicherungsträgerschaft unabhängig ist, und die Privatrechtsgebilde, die ebenfalls Sozialversicherung durchzuführen haben (Versicherungsträger im weitesten Sinne) nur beiher behandelt werden. Überdies können nur die in den bestehenden Gesetzen bereits vorgesehenen Fälle der Veränderung des organisatorischen Bestandes an Versicherungsträgern besprochen werden. Man darf jedoch nicht übersehen, daß neue Fälle der Errichtung wie der Auflösung oder Verschmelzung jederzeit durch Gesetz geschaffen werden können, insbesondere bei einer etwaigen Vereinheitlichung der Sozialversicherung, wobei auch die eigentlichen Versicherungsträger nicht etwa eine verfassungsmäßige Gewähr ihres Bestandes genießen, wie sie für andere Selbstverwaltungsgebilde, die Gemeinden und Gemeindeverbände, auf Grund des Art. 127 RV. behauptet wird. Der rechtsstaatlichen Forderung, daß organisatorische Veränderungen, Anordnungen der sogenannten Organisationsgewalt nur auf formellgesetzlicher Grundlage getroffen werden dürfen, ist im Sozialversicherungsrecht bisher stets, wenn auch unter Zwischenschaltung von Ermächtigungen, entsprochen worden.

I. Dem vorwiegenden Zwangscharakter der Sozialversicherung (§ 2 III 2) entspricht es, daß nicht nur die Versicherungspflichtigen rechtssatzmäßig bezeichnet, die Rechtsformen der Versicherungsträger normiert und die beteiligten Privatpersonen auf die Träger verteilt werden (unten 1), sondern daß auch (wenigstens in der Regel) der einzelne Versicherungsträger von außen her ins Leben gerufen wird. Die Errichtung der Versicherungsträger kann nicht allgemein der freien Entschließung einzelner oder aller Beteiligter überlassen werden, ohne daß die vollständige Durchführung der Sozialversicherung in Frage gestellt wird. Schon daß seit der V. vom 26. Juli 1930 (RGBl. I S. 311) Krankenkassen aller gesetzlichen Arten nur errichtet werden dürfen, wenn die Mehrheiten der beteiligten Arbeitgeber und der beteiligten volljährigen Arbeitnehmer in gruppenweiser geheimer Abstimmung zustimmen (§ 225a RVO.), gefährdet die vollständige Durchführung der Krankenversicherung nur deshalb nicht, weil schon bei Inkrafttreten dieser Vorschrift ein lückenloses Netz zuständiger Krankenversicherungsträger bestanden hat. Die stiftungsähnliche Errichtung von Versicherungsträgern, auch solchen des genossenschaftlichen Typus, geschieht meist durch obrigkeitlichen Akt (2). Daneben hat in beschränktem Umfang die Initiative von Arbeitgebern (3) insofern Bedeutung, als durch sie Trägerschaften errichtet werden können, denen dann gewisse Versicherte anzugehören haben, die sonst zu den erstbezeichneten Versicherungsträgern gehören würden. Nur ausnahmsweise und mit bloßer Ablaufswirkung hat bei den bürgerlichrechtlichen Gebilden, denen Stücke der Sozialversicherung zur Durchführung überlassen sind (Ersatzkassen usw.), die ganz freie, private Entschließung der Versicherten oder ihrer Arbeitgeber oder beider entscheidenden Einfluß auf Gründung und Fortbestand (4); auch die hier Versicherten fallen hilfsweise unter die Zuständigkeit der obrigkeitlich errichteten Träger.

Der Rechtsvorgang der Errichtung von Versicherungsträgern wird durch die geltenden Hauptgesetze nicht allenthalben vollständig beleuchtet, weil in den gegenwärtigen Rechtszustand vielfach ältere Einrichtungen übernommen sind. Zur genauen Beurteilung der Gründungshergänge müssen deshalb Übergangsvorschriften, Einführungsgesetze und ältere Gesetze und Verordnungen herangezogen werden; doch erstrebt die Darstellung hierbei nicht Vollständigkeit.

1. Bei der Errichtung wie während des Bestandes eines Versicherungsträgers bedarf es zunächst der Absteckung seines Wirkungskreises, und zwar in dreifacher Hinsicht. Zunächst muß der Art nach bestimmt sein, welcherlei Sozialversicherung der Träger durchzuführen hat. Gewöhnlich ist ein Träger nur an der Durchführung eines Versicherungszweiges beteiligt (wichtigste Ausnahme: die Reichsknappschaft). Da für die verschiedenen Versicherungszweige von vornherein verschiedene Typen von Versicherungsträgern vorgesehen sind, tritt diese Art der Abgrenzung wenig ins Bewußtsein. Mit dieser Abgrenzung ist aber zugleich die Zuständigkeit des Versicherungsträgers für gewisse Personenkreise bestimmt, da der Umfang der Versicherungspflicht von Zweig zu Zweig schwankt (deutlichstes Beispiel: Landesversicherungsanstalten einerseits, Reichsversicherungsanstalt für Angestellte andrerseits). Ferner muß dem Versicherungsträger ein örtlicher Wirkungskreis zugewiesen sein, der Bezirk, innerhalb dessen der Träger die vorhandenen Versicherten und ihre Arbeitgeber erfaßt. Entscheidend für die bezirkliche Erfassung der versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisse ist im allgemeinen der Beschäftigungsort, d. h. in erster Reihe der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet (§ 153 RVO., mit der Maßgabe, daß die feste Arbeitsstätte auch dann als Beschäftigungsort gilt, wenn Versicherte für kürzere Zeit bei Arbeiten beschäftigt werden, die der Arbeitgeber außerhalb der Betriebsstätte ausführen läßt, oder wenn sie von einer festen Arbeitsstätte aus nur mit einzelnen Arbeiten wechselnd in Bezirken verschiedener Orts- und Landkrankenkassen beschäftigt werden, sowie für Versicherte, die nur für einzelne Arbeiten außerhalb der festen Arbeitsstätte, die aber dann im Bezirke desselben Versicherungsamtes liegen muß wie der tatsächliche Arbeitsort, angenommen sind), bei Arbeiten ohne feste Betriebsstätte und bei Versicherten, die zu landwirtschaftlicher, in verschiedenen Gemeinden wechselnder Beschäftigung angenommen sind, der Sitz des Betriebes (§ 154 Abs. 1, § 156 RVO), bei Versicherten, die eine Betriebsverwaltung zu einer in verschiedenen Gemeinden wechselnden Beschäftigung angenommen hat, der Sitz der unmittelbaren Leitung der Arbeiten (dafern nicht das Oberversicherungsamt Abweichendes bestimmt, § 155 RVO.), bei Hausgewerbetreibenden der Ort ihrer eigenen Betriebsstätte (§ 154 Abs. 2 RVO.). Schließlich erstreckt der Wirkungskreis vieler Versicherungsträger (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Reichsknappschaft) sich nur auf Versicherte und Arbeitgeber eines abgegrenzten Berufsbereiches oder Erwerbszweiges. Örtlicher und fachlicher Abgrenzungsgesichtspunkt sind auf mannigfache Weise miteinander verbunden; bisweilen werden beide ersetzt durch die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betrieb oder Unternehmen. Erst aus der Berücksichtigung beider Gesichtspunkte ergibt sich innerhalb eines Versicherungszweiges die Zuständigkeit des einzelnen Versicherungsträgers und insofern sein „Bezirk"; dieser Ausdruck ist auch im Gesetz nicht immer nur örtlich zu verstehen. Die Absteckung der Wirkungskreise der Versicherungsträger führt und dient dazu, für jeden Versicherten zwingend (mit ganz geringen Ausnahmen) zu regeln, bei welchem Träger seine Pflichtversicherung durchgeführt werden muß oder bei welchem Träger allein er sich freiwillig versichern kann. Der Gedanke der zwangsweisen Beteiligung an der Sozialversicherung überhaupt wird demnach ergänzt durch die Zwangszugehörigkeit zu bestimmten Versicherungsträgern.

Im einzelnen sind die Wirkungskreise der Versicherungsträger innerhalb der verschiedenen Zweige örtlich und fachlich folgendermaßen abgesteckt:

a) In der Krankenversicherung werden allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen grundsätzlich örtlich lückenlos nebeneinander für örtliche Be-

zirke errichtet, die sich meist mit den Bezirken der Versicherungsämter (Bezirke der unteren Verwaltungsbehörden, insbesondere Bezirke der größeren Gemeinden, § 36 RVO.) decken, jedenfalls in der Regel (vorbehaltlich abweichender Anordnung oder Zulassung der obersten Verwaltungsbehörde) nicht darüber hinausgreifen (§ 226 RVO.). Fachlich erstreckt sich die Zuständigkeit der Landkrankenkassen auf die in der Landwirtschaft (einschließlich solcher Gärtnereien, Friedhofsbetriebe, Veranstaltungen zur Park- und Gartenpflege, die Teile landwirtschaftlicher Betriebe sind) und im Wandergewerbe Beschäftigten und die Hausgehilfen (§ 235 RVO.) sowie die den Landkrankenkassen durch Verordnung der Reichsregierung zugewiesenen, erst durch die RVO. versicherungspflichtig gewordenen Arbeitnehmer (§ 236 Abs. 1 RVO., dazu Bek. vom 23. Mai 1914, RGBl. S. 141), während zu den allgemeinen Ortskrankenkassen alle übrigen Versicherten gehören, dafern nicht aus besonderen Gründen ein anderer Versicherungsträger zuständig ist (§ 234 RVO.); überdies kann die oberste Landesbehörde einzelne Gruppen Landkassenpflichtiger den allgemeinen Ortskrankenkassen zuweisen (§ 236 Abs. 2 RVO.). Diese Grundsätze erleiden aber Durchbrechungen dergestalt, daß dann örtlich nur entweder eine allgemeine Ortskrankenkasse oder eine Landkrankenkasse besteht. Die Errichtung von Landkrankenkassen kann unterbleiben kraft Landesgesetzes (§ 227 RVO.) oder im Einzelfalle dort, wo die Landkrankenkasse nicht mindestens tausend Pflichtmitglieder haben würde (§ 228 RVO.) oder wo das Oberversicherungsamt die Nichterrichtung genehmigt, nachdem der Beschlußausschuß des Versicherungsamtes das Bedürfnis der Errichtung nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtiger verneint (§ 229 RVO.). Umgekehrt kann die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde unterbleiben, wo sie nicht mindestens tausend Pflichtmitglieder haben würde (§ 230 RVO.). Überall im Deutschen Reiche muß aber mindestens eine allgemeine Ortskrankenkasse oder eine Landkrankenkasse bestehen. Die Entschließung darüber, ob beiderlei Kassen oder nur eine bestehen solle, trifft die zur Errichtung zuständige Stelle (unten 2a), soweit nicht nach dem Vorerwähnten eine andere Stelle mitzuwirken oder zu entscheiden hat. Besteht für einen Bezirk nur eine Kasse der einen Art, so gehören zu ihr auch diejenigen Versicherten, die an sich Mitglieder der Kasse anderer Art sein müßten (§ 237 RVO.).

Besondere Ortskrankenkassen (die seit Inkrafttreten der RVO. nicht mehr neu errichtet werden können und die nur fortbestehen dürfen, solange sie den Anforderungen der §§ 240, 241 entsprechen, insbesondere mindestens 250 Versicherte zu Mitgliedern haben und Bestand oder Leistungsfähigkeit von Allgemeiner Orts- und Landkrankenkasse nicht gefährden) müssen ebenfalls einen örtlichen Bezirk haben, für den dasselbe wie bei allgemeinen Ortskrankenkassen gilt (§§ 239, 226 RVO.). Fachlich erstreckt ihre Zuständigkeit sich auf die in der Satzung bestimmten Gewerbszweige oder Betriebsarten (§§ 239, 243 RVO.); überdies kann sie auf Versicherte eines Geschlechts beschränkt sein (§ 239 Abs. 1 RVO.). Eine Erweiterung erfährt die satzungsmäßige Zuständigkeit der besonderen Ortskrankenkasse insofern, als sie sich in Betrieben, in denen die Mehrheit der Versicherungspflichtigen einer solchen Kasse angehört, auch auf die übrigen, an sich zur allgemeinen Ortskrankenkasse gehörenden Arbeitnehmer erstreckt, wobei jedoch die etwaige Grenze der Zuständigkeit hinsichtlich des Geschlechts nicht überschritten wird (§ 244 RVO.). Die Zuständigkeit der Betriebskrankenkassen erstreckt sich auf alle Arbeitnehmer des Betriebes oder der Betriebe, für die sie errichtet sind (§ 245 Abs. 3, 4 RVO.), die Zuständigkeit der Innungskrankenkassen auf die nicht landkrankenkassenpflichtigen Arbeitnehmer der Innungsbetriebe (§ 250 RVO., vgl. die Einzelheiten daselbst). Örtliche und fachliche Abgrenzung fallen bei Betriebs- und Innungskrankenkassen zusammen. Die Zuständigkeitsregeln für die regelmäßigen Träger der Krankenversicherung werden durchbrochen durch das Dazwischentreten der Reichsknapp-

schaft (unten e) und der See-Krankenkasse, bei welch letzterer die im § 477 RVO. aufgeführten Seeleute versichert werden. Die gesetzlichen Zuständigkeitsregeln sind zunächst auf Versicherungspflichtige zugeschnitten, gelten aber im Grundsatz auch für Versicherungsberechtigte, doch so, daß diese teilweise zwischen verschiedenen Versicherungsträgern wählen können (§§ 238 und die darin angeführten, ferner § 478 RVO.). Bei den Ersatzkassen ergibt sich Bezirk und Kreis der möglichen Mitglieder aus der Satzung (§ 503 RVO.).

b) In der Unfallversicherung wird der örtliche und fachliche Wirkungskreis der Berufsgenossenschaften bei der Errichtung bestimmt (§§ 630, 956 RVO.); nur die See-Berufsgenossenschaft ist unmittelbar von Gesetzes wegen für alle unfallversicherten deutschen Seebetriebe und die darin Beschäftigten, mit Ausnahme der zur Zweiganstalt gehörenden Kleinbetriebe (§ 1120 RVO.) zuständig (§ 1118 RVO.). Der Bezirk vieler gewerblicher Berufsgenossenschaften und von den landwirtschaftlichen der der Gartenbau- und Friedhof-Berufsgenossenschaft erstreckt sich räumlich auf das ganze Reichsgebiet. Die Zweiganstalten der gewerblichen Berufsgenossenschaften erfassen fachlich die nichtgewerbsmäßigen versicherten Tätigkeiten innerhalb des Bezirks der Genossenschaft (§ 629 RVO.). Bei Nebenbetrieben und Betriebsbestandteilen werden die Regeln über die fachliche Zuständigkeit durch Vorschriften durchbrochen, die eine möglichst einheitliche Durchführung der Unfallversicherung herbeiführen (§§ 631, 632, 959 RVO., § 7 I A 2 zu a und b, S. 46f.). Der Wirkungskreis der einzigen bestehenden Versicherungsgenossenschaft (§ 629 Abs. 2 RVO.) ist örtlich und räumlich durch die Errichtungsverordnungen abgegrenzt (vgl. § 6 I 4). Soweit das Reich und andere juristische Personen des öffentlichen Rechts, die selbst Arbeitgeber sind, als Träger der Unfallversicherung in Frage kommen (§§ 624 bis 628b RVO.), ergibt sich ihr Wirkungskreis aus dem Umfang des Betriebes, bei den Versicherungsverbänden (§§ 627ff. RVO.) aus dem Umfang der entsprechenden Betriebe der verbundenen Gemeinden; bezirkliche und fachliche Abgrenzung fallen auch hier wieder zusammen.

c) In der Invalidenversicherung kommt bei den (Landes-)Versicherungsanstalten, abgesehen von der Beschränkung des ganzen Versicherungszweiges auf Arbeiter und Hausgewerbtreibende, nur eine örtliche Einteilung in Frage, die sich auf große Bezirke (Länder, Gemeindeverbände, wozu auch die Provinzialverbände gehören) erstreckt (§§ 1326, 1329 bis 1331 RVO.). Bei den Sonderanstalten zeigt sich daneben der fachliche Gesichtspunkt, wie er sich aus der Betätigungsrichtung des Arbeitgebers (§ 1360 RVO., § 11 RBPersG.) oder des hinter der Sonderanstalt stehenden Versicherungsträgers (Reichsknappschaft, § 103 RKnG., See-Berufsgenossenschaft, § 1375 RVO.) ergibt. In der Angestelltenversicherung erfaßt der einzige regelmäßige Versicherungsträger das ganze Reichsgebiet und alle Angestelltenversicherungspflichtigen und -berechtigten, soweit sie nicht zur Angestelltenpensionskasse der Reichsknappschaft (§ 49 RKnG.) gehören. Der Wirkungsbereich der Ersatz- und Zuschußkassen ergibt sich aus deren Verfassung, wobei wiederum der Umfang der Unternehmung des Arbeitgebers ausschlaggebend ist (§§ 360, 363f. AVG.). Die Ersatzwirkung von Verträgen mit Lebensversicherungsunternehmungen ist auf Merkmale abgestellt, die beim einzelnen Versicherungspflichtigen vorliegen müssen (§ 375 AVG.).

d) Die Arbeitslosenversicherung kennt bei der Einheit des Trägers eine Begrenzung des Wirkungskreises innerhalb des Versicherungszweiges und des Reichsgebietes überhaupt nicht; die örtliche Zuständigkeit der einzelnen Gliederungen der Reichsanstalt (§ 2 ArblVG.) hat nur innere und verfahrensrechtliche Bedeutung. Der Wirkungskreis der Versorgungseinrichtungen mit Befreiungswirkung (§ 80 ArblVG.) wird durch den Umfang des Betriebes bestimmt.

e) Die Knappschaftsversicherung, die Teile verschiedener Versicherungszweige ergreift und mit der besonderen Pensionsversicherung der Arbeiter verbindet, kennt rechtlich keine

örtliche Beschränkung ihres einheitlichen Versicherungsträgers innerhalb des Reichsgebietes, wenn auch tatsächlich der Bergbau nicht überall im Reich auftritt und dementsprechend die Bezirke der Untergliederungen nicht das ganze Reichsgebiet bedecken (§ 9 RKnG.). Fachlich ist die Knappschaftsversicherung und damit die Zuständigkeit der Reichsknappschaft auf Arbeitnehmer in knappschaftlichen Betrieben beschränkt (§ 1, vgl. §§ 2 bis 5 RKnG.). Die Gliederung in Bezirksknappschaften und besondere Krankenkassen hat innenrechtliche Bedeutung; bei den letzteren kommt es wiederum auf Betriebszugehörigkeit an (§ 18 RKnG.).

2. Bei der Darstellung der Errichtung durch obrigkeitlichen Akt können diejenigen Versicherungsträger ausscheiden, deren Typus nur einmal vorkommt, deren Errichtung deshalb ein einmaliger Vorgang war und im großen und ganzen unmittelbar durch Gesetz, unter Hinzunahme ergänzender Verwaltungsakte, vorgenommen wurde, so die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§§ 96, 399 AVG. ursprünglicher Fassung), die Reichsknappschaft (damals Reichsknappschaftsverein, errichtet unter Mitwirkung eines Reichskommissars aus den früheren Knappschaftsvereinen, Art. 2ff. EG. RKnG.) und die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (errichtet unter Eingliederung und Mitwirkung der früheren Reichsarbeitsverwaltung als Reichsamt für Arbeitsvermittlung, §§ 221ff. ArblVG., V. des RArbMin. über das Inkrafttreten einzelner Bestimmungen des ArblVG. vom 8. August 1927, RGBl. I S. 383). Darzustellen sind nur diejenigen Errichtungsfälle, die sich noch heute wiederholen können, ohne daß ein neues Gesetz erforderlich ist. Zu unterscheiden ist zwischen vorbereitenden Handlungen, zu denen insbesondere die Aufstellung einer Satzung für den Versicherungsträger und vielfach die Anhörung oder Mitwirkung gewisser Beteiligter oder sonstiger Stellen gehört, und der Errichtung selbst, dem Ins-Leben-Rufen der juristischen Person des Versicherungsträgers durch organisierenden Verwaltungsakt.

Im einzelnen sind zuständig:

a) die Gemeindeverbände (worunter nach dem Sprachgebrauch der Reichsgesetze auch Einzelgemeinden verstanden werden und innerhalb deren das zuständige Organ sich aus der landesrechtlichen Gemeindeverfassung ergibt, vgl. auch § 111 Nr. 2, §§ 526, 527 RVO.) für die Errichtung der allgemeinen Ortskrankenkassen und der Landkrankenkassen. Welche Gemeindeverbände solche Kassen zu errichten haben, ergibt sich zunächst aus der Einteilung der Versicherungsamtsbezirke, die sich wiederum nach Landesrecht richtet (§ 36 RVO.); ist nach der reichsrechtlichen Kassenbezirksabgrenzung und den ergänzenden Bestimmungen der obersten Verwaltungsbehörde (§ 226 RVO.) innerhalb eines Versicherungsamtsbezirkes die Errichtung mehrerer gleichartiger Kassen zulässig, so haben die beteiligten Gemeindeverbände eine Einigung über Zahl, Bezirke der Kassen und Errichtungszuständigkeit zu treffen. Einigen sie sich nicht, so entscheidet das Oberversicherungsamt, wobei es zugleich die Errichtung anordnet (§ 231 RVO.). Kommt ein Gemeindeverband der Pflicht zur Errichtung einer Kasse nicht rechtzeitig nach, so ordnet ebenfalls das Oberversicherungsamt die Errichtung an (§ 232 RVO.). Gegen diese Anordnungen steht den beteiligten Gemeinden und Verbänden[1] die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde zu; äußersten Falles geht die Errichtungszuständigkeit vom säumigen Gemeindeverband auf das Oberversicherungsamt über, das mit der Errichtung das Versicherungsamt beauftragen kann (§ 233 RVO.). Vor der Errichtung von allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen sind von der errichtenden Stelle in jedem Falle die Voraussetzungen zu prüfen, die sich aus den Vorschriften über die Abgrenzung der Wirkungskreise (oben 1a) ergeben; will der Gemeindeverband mangels Bedürfnisses keine Landkrankenkasse errichten, so muß er

[1] Die besondere Erwähnung der Einzelgemeinden neben den Verbänden ist auffällig und entspricht nicht der sonst angewandten Gesetzestechnik, erklärt sich aber an dieser Stelle damit, daß unter Umständen eine Einigung nach § 231 Abs. 2 RVO. darüber nicht zustandekommt, ob mehrere Kassen für die Bezirke der Einzelgemeinden oder nur eine für den ganzen Bereich eines höheren Gemeindeverbandes errichtet werden sollen.

das bindende Gutachten des Beschlußausschusses des Versicherungsamtes (unter Umständen seines eigenen Organs) herbeiführen und dieser beteiligte Arbeitgeber und Versicherungspflichtige anhören (§ 229 RVO.). Überdies bedarf es in diesem Fall und zur Nichterrichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse neben der Landkrankenkasse wegen geringer Mitgliederzahl der Genehmigung des Oberversicherungsamtes (§ 230 RVO.). Der eigentlichen Errichtung, die die Krankenkasse ins Leben ruft, geht voran die Errichtung der Satzung, die für Orts- und Landkrankenkassen ebenfalls dem Gemeindeverbande obliegt; bei ihr sind beteiligte Arbeitgeber und Versicherte zu hören (§ 320 RVO.). Die Satzung muß den örtlichen und fachlichen Wirkungskreis der Kasse angeben und muß einen gesetzlichen Mindestinhalt haben (§§ 321 ff., 386 RVO.). Sie bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamtes, das dabei den Zeitpunkt bestimmt, zu dem die Kasse ins Leben tritt (§ 324 Abs. 1, vgl. auch § 326 RVO.). Wird die Kasse vom Gemeindeverband nicht in der endgültig angeordneten Frist errichtet, so daß die Zuständigkeit dafür auf das Oberversicherungsamt übergeht, so ist ihre Satzung vom Versicherungsamt zu errichten (§ 320 Abs. 3 RVO.). Ist die Orts- oder Landkrankenkasse einmal errichtet, so ist sie auch dem errichtenden Gemeindeverbande gegenüber selbständig; ein gewisser Zusammenhang besteht dann nur insofern, als bei Leistungsunfähigkeit der Kasse der Gemeindeverband aus seinen Mitteln die erforderliche Beihilfe zu leisten hat und, solange dies geschieht, durch einen von ihm eingesetzten Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden wahrnehmen lassen kann (§ 389 Abs. 2, § 390 RVO.).

Eine Initiative für die Gestaltung der Trägerschaft kommt Gemeinden und Gemeindeverbänden auch in der Unfallversicherung zu, insofern sie auf ihren Antrag unter gewissen Voraussetzungen zum Träger der Versicherung für gewisse Betriebe und Tätigkeiten, deren Unternehmer sie sind, erklärt werden können; sie können auch Zurücknahme der Erklärung beantragen (§§ 627a bis 628a RVO.).

b) die Länder durch die Landesregierungen (meist Ministerium als Kollegium) für die Errichtung der Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung oder für die Bestimmung der Stellen (Gemeinde-, bes. Provinzialverbände), die die Errichtung vorzunehmen haben (§ 1326 RVO.). In jedem Falle hat die Landesregierung den Sitz der Anstalt zu bestimmen (§ 1328 RVO.). Mehrere Länder können gemeinsam eine Versicherungsanstalt errichten (§§ 1326, 1328 RVO.). Die Errichtung bedarf immer der Genehmigung des Reichsrats; versagt dieser die Genehmigung, so kann er die Errichtung selbst anordnen, nachdem er die beteiligten Landesregierungen gehört hat (§ 1327 RVO.). Die Schaffung der Satzung ist Sache des Ausschusses der Anstalt, folgt also zeitlich auf deren Errichtung (§ 1338 RVO.). Die Satzung bedarf der Genehmigung des Reichsversicherungsamtes (Landesversicherungsamtes); bei Versagung der Genehmigung, für die der Beschlußsenat zuständig ist, kann Beschwerde zum Reichsrat erhoben werden, so daß also die Entscheidung wie über die Genehmigung der Anstaltserrichtung durch ein politisches, und zwar föderalistisches Organ getroffen wird (§ 1339 RVO.). Bringt der Ausschuß der Anstalt endgültig keine Satzung zustande, so geht die Zuständigkeit zu ihrem Erlaß auf das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) über (§ 1340 RVO.). Beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung wurden die vorhandenen Versicherungsanstalten in ihrem bisherigen Bestand übernommen (§ 1326 Abs. 3 RVO.); auch sonst kommt eine Neuerrichtung von Versicherungsanstalten weniger in Frage als eine Änderung der Bezirke (vgl. §§ 1332 bis 1337 RVO.), kann sich aber mit einer solchen verbinden.

Für die Unfallversicherung sind die Länder — wie das Reich — Versicherungsträger für ihre Eigenbetriebe und Tätigkeiten, können aber durch Erklärung der obersten Verwaltungsbehörde für bestimmte Betriebe oder Tätigkeiten der zuständigen Berufsgenossenschaft beitreten und aus ihr austreten (§§ 625, 957, 1119 RVO.). Die oberste Verwaltungsbehörde des Landes (meist Fachministerium) trifft auch die Verfügungen über die Unfallversicherungsträgerschaft der Gemeinden, Gemeindeverbände und anderen Personen des öffentlichen Rechts nach §§ 627 bis 628b RVO.

c) das Reich (abgesehen von seiner Gesetzgebungszuständigkeit und von der Errichtung reichseinheitlicher Träger) für die Errichtung von Berufsgenossenschaften sowie von Zweiganstalten und Versicherungsgenossenschaften. Wegen der beiden letzteren vgl. § 629 sowie §§ 783ff., 835ff. RVO. Nicht besonders zusammengestellt werden auch die mannigfachen Zuständigkeiten zur Genehmigung der Errichtung und der Satzung von Versicherungsträgern, die das Reich zumeist durch das Reichsversicherungsamt ausübt. Die Errichtung von Berufsgenossenschaften lag großenteils schon vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung; soweit Gewerbezweige erst durch die RVO. der Unfallversicherung unterstellt wurden, hatte der Bundesrat zu bestimmen, ob dafür neue Berufsgenossenschaften errichtet oder ob sie bestehenden Genossenschaften angeschlossen werden sollten (Art. 43 EG. RVO.). Für neu zu errichtende Berufsgenossenschaften war eine Gründungsversammlung, über deren Zusammensetzung die oberste Verwaltungsbehörde des Gliedstaates oder der Reichskanzler bestimmte, durch das Reichsversicherungsamt einzuberufen und solange zu leiten, bis ein vorläufiger Vorstand die Geschäfte übernahm. Die Gründungsversammlung hatte über die Satzung zu beschließen (Art. 45ff. EG. RVO.). Bei der Erweiterung der Unfallversicherung durch das Gesetz vom 20. Dezember 1928 (RGBl. I S. 405) hatte (nach Art. 38 des Gesetzes) der Reichsarbeitsminister den Träger zu bestimmen oder zu errichten, soweit nicht das Gesetz selbst ihn bestimmte; für neue Berufsgenossenschaften[1] war eine Gründungsversammlung und die Anwendung der Art. 46, 47 EG. RVO. vorgesehen. Sonst kommt die Neuerrichtung einer Berufsgenossenschaft nur noch im Zuge der Änderung des Bestandes (§§ 635ff., 960ff. RVO., vgl. unten II) in Betracht. Der Antrag, für einzelne Gewerbszweige oder örtlich begrenzte Teile eine besondere Genossenschaft zu errichten, bedarf des Beschlusses der Genossenschaftsversammlung; über die Errichtung entscheidet der Reichsrat nach Vorbereitung durch das Reichsversicherungsamt (§§ 639 bis 641, 960 RVO.). Für das weitere Errichtungsverfahren sind bei landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften die Vorschriften der §§ 960a, 960b, 973a, bei gewerblichen wohl noch jetzt die des EG. RVO. maßgebend.

3. Durch die gesetzlichen Vorschriften und die ergänzenden Errichtungsakte, die öffentlichrechtlichen Personen oder Stellen zur Pflicht gemacht sind, entsteht ein lückenloses System von Versicherungsträgerschaften, das an sich nicht der Ergänzung durch private Entschließung bedarf. Soweit für solche überhaupt Raum gelassen ist, führt sie nur eine Abänderung gesetzlicher Trägerschaft herbei. Die private Errichtungsinitiative hat also nur subsidiäre Bedeutung, während neben den so errichteten Trägern die durch obrigkeitlichen Akt errichteten subsidiär zutsändig bleiben. Außergewöhnliche Träger, die juristische Personen des öffentlichen Rechtes sind, entstehen nur durch Initiative von Arbeitgeberseite, und zwar in folgenden Fällen:

a) Betriebskrankenkassen kann der Arbeitgeber[2] errichten für jeden Betrieb, in dem er für die Dauer (bei Saisonbetrieben mindestens für zwei Monate, § 247 RVO.) mindestens 150 Krankenversicherungspflichtige (in landwirtschaftlichen oder Binnenschiffahrtsbetrieben 50 Versicherungspflichtige) beschäftigt oder als gemeinsame Betriebskrankenkasse für mehrere Betriebe, in denen zusammen er die Mindestzahl von Versicherungspflichtigen beschäftigt (§ 245 RVO.). Für landwirtschaftliche Betriebe und für solche Betriebe privater Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer am 17. Februar 1919 überwiegend wegen ausreichender Fürsorgeansprüche von der Krankenversicherungspflicht befreit waren, ist aber die Neuerrichtung von Betriebskrankenkassen gesperrt (§ 249a RVO.). Zur Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse bedurfte der Arbeitgeber seit dem Gesetz vom 27. März

[1] Durch V. vom 17. Mai 1929 (RGBl. I S. 104) wurde die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege errichtet.

[2] Auch eine Verwaltung des Reichs oder eines Landes für ihre Dienstbetriebe, § 246 RVO.

1923 (RGBl. I S. 225) bis zur Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 (S. 311) der Zustimmung des Betriebsrates, für die — anders als bei den meisten Zuständigkeiten der Betriebsvertretungen nach dem BRG. — keine Ersetzung durch eine unparteiische Stelle vorgesehen war; außerdem waren vor der Errichtung beteiligte Versicherungspflichtige zu hören (§ 245 Abs. 1 RVO.). Nunmehr greift die neue allgemeine Vorschrift des § 225a RVO. über die Abstimmung der Beteiligten auch hier ein. Eine Betriebskrankenkasse darf nur errichtet werden, wenn sie Bestand und Leistungsfähigkeit vorhandener allgemeiner Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen nicht gefährdet, ihre Leistungen denen der an sich zuständigen Krankenkasse gleichwertig (vgl. §§ 259 bis 263 RVO.) sind und ihre Leistungsfähigkeit für die Dauer sicher ist (§ 248 RVO.). Die Errichtung bedarf der behördlichen Genehmigung, für deren Vorbereitung das Versicherungsamt und für deren Erteilung das Oberversicherungsamt zuständig ist (vgl. §§ 252 bis 254 RVO. und wegen der Zulassung älterer Kassen §§ 255ff. RVO.). Einen Sonderfall stellt die Errichtung einer Baubetriebskrankenkasse dar, die dem Bauherrn durch Anordnung des Oberversicherungsamtes auferlegt werden kann, also nicht in seiner freien Entschließung steht (§ 249 RVO.). Immer muß der Errichtung einer Betriebskrankenkasse die Aufstellung der Satzung vorhergehen, die dem Arbeitgeber obliegt und für deren Inhalt und Zustandekommen wesentlich die gleichen Vorschriften gelten wie bei den Orts- und Landkrankenkassen (§§ 320ff. RVO., s. oben 2a).

b) Innungskrankenkassen für die innungsangehörigen Betriebe der Innungsmitglieder und die dort Beschäftigten kann jede Innung (freie oder Zwangsinnung, §§ 81ff., 100ff. GewO.), können auch mehrere Innungen gemeinsam errichten (§ 250 RVO.), wenn in den erfaßten Betrieben für die Dauer mindestens 150 Versicherungspflichtige beschäftigt werden. Da die Innung eine, wenn auch öffentlichrechtliche, Organisation von Arbeitgebern ist, liegt auch hier die Initiative auf Arbeitgeberseite. Zuständigkeit und Verfahren für den Errichtungsbeschluß ergibt sich aus der Verfassung der Innung. Die RVO. schreibt vor, daß vor der Errichtung die Gemeindebehörde des Innungssitzes, die Handwerkskammer und die Aufsichtsbehörde der Innung zu hören ist (§ 251 Abs. 2). Die Zulässigkeit der Errichtung ist davon abhängig, daß die Innungskrankenkasse Bestand und Leistungsfähigkeit vorhandener allgemeiner Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen nicht gefährdet, ihre Leistungen denen der an sich zuständigen Ortskrankenkassen gleichwertig sind und ihre Leistungsfähigkeit für die Dauer sicher ist (§ 251 Abs. 1 RVO.). Auch wegen der Genehmigungsbedürftigkeit und der Überleitung älterer Kassen gilt für Innungskrankenkassen Entsprechendes wie für Betriebskrankenkassen (§§ 252 bis 257 RVO.). Die Satzung wird von der Innungsversammlung unter stimmberechtigter Teilnahme des ganzen Gesellenausschusses (§ 95 Abs. 3 Nr. 2 GewO.) errichtet (§ 320 RVO.); für Inhalt und Zustandekommen gilt auch hier dasselbe wie bei allen anderen Krankenkassen (§§ 321ff. RVO.).

Ein gesetzmäßiger Einfluß der Arbeitgeberseite auf die Versicherungsträgerschaft ist ferner insofern vorgesehen, als die Genossenschaftsversammlung der ja nur aus Arbeitgebern zusammengesetzten Berufsgenossenschaft die Errichtung einer neuen Berufsgenossenschaft beantragen kann (§ 639 RVO., s. oben 2c) und als die großen Arbeitgeber öffentlichrechtlicher Natur die Trägerschaft der Unfallversicherung (§§ 624ff. RVO.) und die Errichtung von Sonderanstalten der Invalidenversicherung (§§ 1360ff. RVO.) durch ihre Entschließungen beeinflussen können. Auf Arbeitgebereinfluß geht auch die Errichtung der Seekasse als Sonderanstalt der See-Berufsgenossenschaft für die Invalidenversicherung zurück (§ 1375 RVO.).

4. Rein private und in den Sozialversicherungsgesetzen nicht näher geregelte Initiative hat diejenigen bürgerlichrechtlichen Gebilde hervorgebracht, die in der (auch knappschaftlichen) Krankenversicherung und der Angestelltenversicherung unter der Bezeichnung „Ersatzkassen" zwar nicht öffentlichrechtliche Sozialversicherung durchführen, wohl aber ihre privatrechtlich Versicherten von dem Zwange zur Teilnahme an der Sozialversicherung befreien. Diese öffentlichrechtliche Befreiungswirkung tritt allerdings nur ein, wenn jene Gebilde in ihrer Verfassung und ihren Leistungen gewissen Normativbestimmungen genügen und daraufhin von einer öffentlichen Behörde geprüft und zugelassen sind (§§ 503ff. RVO., §§ 363ff. AVG.). Die Entschließung

über Errichtung, Nachsuchen der Zulassung und über Fortbestand solcher Ersatzkassen liegt ganz bei den privaten Beteiligten; das sind vorwiegend die Versicherten. Anders als die auf Betreiben der Arbeitgeber errichteten öffentlichrechtlichen Versicherungsträger haben die Ersatzkassen keine allgemeine, zwangsweise Zuständigkeit; der Beitritt zur Versicherung bei ihnen hängt vom Entschlusse des einzelnen Versicherten ab, auch wenn er versicherungspflichtig ist. Neuerrichtung von Ersatzträgern im hier besprochenen Sinn ist zur Zeit gesetzlich nicht vorgesehen. Ganz auf das Individuum, vorwiegend wieder den Versicherten gestellt, ist die Befreiungs-(Halbversicherungs-)wirkung von Lebensversicherungsverträgen in der Angestelltenversicherung (§ 375 AVG.). Nur in einem einzigen Unternehmen verwirklicht und nicht wiederholungsfähig ist der im § 80 ArblVG. vorgesehene Fall, daß der Arbeitgeber (aus seinem Entschluß) eine Einrichtung zur Versorgung seiner Arbeitnehmer für den Fall der Arbeitslosigkeit unterhält; nach behördlicher Feststellung der Voraussetzungen (entsprechend der „Zulassung" einer Ersatzkasse) kann dann der Arbeitgeber die Befreiung seiner einzelnen Arbeitnehmer von der Arbeitslosenversicherungspflicht beantragen.

II. Der Bestand der Versicherungsträger und die Abgrenzung ihrer Zuständigkeit ist grundsätzlich auf Dauer angelegt. Trotzdem können darin unter gewissen Voraussetzungen Änderungen eintreten, auch ohne daß es dazu eines neuen Gesetzgebungsaktes bedarf. Überholt sind die Vorschriften, die beim Inkrafttreten der RVO. und des RKnG. die einstweilige oder endgültige Übernahme bestehender Versicherungsträger und die zur Anpassung an das neue Recht erforderlichen organisatorischen Änderungen regelten (EG. RVO., bes. Art. 14ff., 43f.; EG. RKnG., bes. Art. 8ff.). Aber auch jetzt noch können über die etwaige Neuerrichtung (oben I) hinaus Veränderungen im Bestande der Versicherungsträger vorgenommen werden, sei es auf Betreiben des Versicherungsträgers selbst oder seines Gründers (z. B. §§ 272, 278 RVO.), sei es von Aufsichts wegen. Die Änderung kann sich auf eine Neuabgrenzung der Zuständigkeit beschränken (vgl. §§ 271, 1332 Abs. 1 RVO.), sofern diese sich nicht aus veränderten Verhältnissen von selbst ergibt (z. B. Ausdehnung des Betriebes bei der Betriebskrankenkasse und § 1333 RVO.). Sie kann aber auch zum Wegfall eines Versicherungsträgers führen (Auflösung auf Antrag, Schließung im Aufsichtswege). Indessen kann die Beseitigung eines Trägers niemals dazu führen, daß für irgendwelche Versicherungspflichtigen kein zuständiger Versicherungsträger mehr besteht. Entweder lebt dann die (als subsidiär bezeichnete) Zuständigkeit eines anderen Versicherungsträgers wieder auf, oder der wegfallende Träger wird mit einem fortbestehenden vereinigt. In den Fällen der Vereinigung oder Zusammenlegung findet Rechtsübergang auf den fortbestehenden Versicherungsträger statt, während bei Auflösung oder Schließung ein Rechtsnachfolger des weggefallenen Trägers nicht vorhanden ist. Immer ist eine Abwicklung der bestehenden Verbindlichkeiten und Rechte vorgesehen (wegen gewisser Ausfallhaftungen vgl. § 23 I 2, S. 177, und §§ 296, 304, 305 RVO.). Den Grund zu Bestandsänderungen geben hauptsächlich Ordnungswidrigkeiten (z .B. § 266 RVO.) oder Sparsamkeitsrücksichten (z. B. § 264 RVO., V. über Versicherungsträger in der Unfallversicherung vom 30. Oktober 1923, RGBl. I S. 1063), zu denen auch die Leistungsunfähigkeit eines Versicherungsträgers zu rechnen ist (z. B. noch §§ 389, 390, 647 RVO.). In dem Verfahren, das zur Änderung des Bestandes an Versicherungsträgern führt und das im Gesetz für die verschiedenen Fälle eingehend geregelt ist, sind durchweg die möglicherweise interessierten Stellen zu hören; die Entscheidung liegt bei staatlichen Stellen, nur bei der Vereinigung mehrerer Berufsgenossenschaften durch übereinstimmenden Beschluß der Genossenschaftsversammlungen beschränkt sich die staatliche Mitwirkung auf Genehmigung durch den Reichsrat (§ 636 RVO.).

Im einzelnen kann auf die gesetzlichen Vorschriften verwiesen werden (§§ 264 bis 305, 389, 390, 635 bis 648, 960 bis 961, 1039, 1040, 1122, 1332 bis 1337 RVO.). Auch auf den Wegfall einer Ersatzkasse der Kranken- oder Angestelltenversicherung durch privatrechtliche Auflösung oder Widerruf der öffentlichrechtlichen Zulassung (§ 516 RVO., § 366 AVG.) ist hier nicht einzugehen.

§ 9. Innere Verfassung der genossenschaftlichen Versicherungsträger.

I. Wenn auch die Organisationsformen der Genossenschaft einerseits, der Anstalt andrerseits bei den Versicherungsträgern nicht so stark ausgeprägt sind, daß die Träger beider Typen vollständig voneinander verschieden wären, so kann doch die Unterscheidung bei der Betrachtung der juristischen Personen des Sozialversicherungsrechts und ihrer inneren Verfassung benutzt werden (vgl. § 6 III). Zunächst werden die genossenschaftlichen Versicherungsträger dargestellt, deren Organisation hauptsächlich auf dem Einfluß der Mitglieder ruht; im § 10 folgen die anstaltischen Träger, bei denen der Einfluß des Muttergemeinwesens vorherrscht.

Öffentliche Genossenschaften sind die Krankenkassen (II), die Berufsgenossenschaften sowie die Versicherungsgenossenschaft (III) und die Reichsknappschaft (IV). Mitglieder der Krankenkassen und der Reichsknappschaft sind nicht nur die Versicherten, die allein das Gesetz als Mitglieder bezeichnet, sondern wegen der ihnen eingeräumten gleichartigen organisatorischen Rechte auch die Arbeitgeber; Mitglieder der Berufsgenossenschaften sind allein die Arbeitgeber (Unternehmer), während der Einfluß der Versicherten in der Unfallversicherung sehr gering ist[1]. Das Rechtsverhältnis zwischen Mitglied und Versicherungsträger hat mehrfachen Inhalt. Die Pflicht der an der Sozialversicherung beteiligten Privatpersonen zur Aufbringung von Beiträgen und das Recht der Versicherten auf Gewährung von Leistungen sind keine Besonderheiten der genossenschaftlichen Versicherungsträger und haben für die Organisation keine entscheidende Bedeutung; diese individualrechtlichen Beziehungen gelangen im II. Teil als Beitragsverhältnis und Leistungsverhältnis zur Darstellung. Neben ihnen haben bei den genossenschaftlichen Versicherungsträgern die privaten Beteiligten mitgliedschaftliche Pflichten (zur Übernahme von Organstellungen und Ordnungspflichten) und mitgliedschaftliche Rechte. Auf diesen ruht die innere Verfassung der Genossenschaften; aus ihrer Ausübung gehen die wichtigsten Organe der Versicherungsträger hervor. Bei allen genossenschaftlichen Versicherungsträgern bilden oder wählen die Mitglieder das höchste Organ, die Genossenschaftsversammlung oder Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft, den Ausschuß der Krankenkasse, die (in einem mehrstufigen Verfahren gewonnenen) Hauptversammlungen der Reichsknappschaft. Dieses Organ hat neben anderen Zuständigkeiten die Satzung zu gestalten und den Vorstand zu wählen, der seinerseits den Vorsitzenden wählt. In diesen Grundzügen gleichen alle genossenschaftlichen Versicherungsträger einander; im einzelnen weicht ihre Organisation so sehr voneinander ab, daß sie für Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Reichsknappschaft getrennt dargestellt werden muß.

II. Die regelmäßigen Träger der Krankenversicherung, die Krankenkassen der verschiedenen gesetzlichen Arten (§ 225 RVO.) zeigen einen trotz Abweichungen im einzelnen einheitlichen Verfassungstypus. Wesentlich anders gestaltet ist nur die See-Krankenkasse (unten III 8c, S. 87) und die Reichsknappschaft als Trägern von Krankenversicherung (unten IV).

1. Nachdem bereits früher der Kreis der an der Sozialversicherung in ihren einzelnen Zweigen beteiligten Privatpersonen (§ 7 I und II) und die Zuständigkeitsabgrenzung der Versicherungsträger (§ 8 I 1) festgestellt worden ist, bedarf es zur abschließenden Erfassung der Organisationsgrundlage der einzelnen Krankenkasse noch der Klarstellung von Beginn und Ende der Mitgliedschaft.

a) Entsprechend dem sogenannten Zwangscharakter, dem ipso-jure-Eintritt der Sozialversicherung beginnt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bei der zuständigen Krankenkasse mit dem Eintritt in das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis, und zwar schon mit dem Beginne des Eintrittstages (§ 306 RVO.). Dieser Tag ist nicht schon der, an dem der Arbeitsvertrag geschlossen wird, sondern der,

[1] Vgl. Jacobi: Träger, §§ 4 bis 7.

an dem der Arbeitnehmer zu arbeiten beginnen, mithin dem Arbeitgeber zur Verfügung stehen soll; daß es wirklich zur Leistung von Arbeit kommt, ist nicht erforderlich, wenn nur nicht der Arbeitnehmer beim versuchten Beschäftigungsbeginn völlig arbeitsunfähig ist. Bei den Arbeitslosen, die nach §§ 117ff. ArblVG. während des Bezuges der Hauptunterstützung für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind, richten sich Beginn und Ende der Mitgliedschaft nach dem der Hauptunterstützung (§ 118 Nr. 1 ArblVG.; entsprechende Arbeitgebermitgliedschaft gibt es hier nicht). Außer durch Eintritt in ein Arbeitsverhältnis kann die Mitgliedschaft auch durch Neuerrichtung eines Versicherungsträgers beginnen, wenn dieser auf schon bestehende Arbeitsverhältnisse stößt; das ist im Gesetz jetzt ausdrücklich nur für neuerrichtete Betriebs- und Innungskrankenkassen vorgesehen (§§ 307, 308 RVO.). Steht der Versicherungspflichtige gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen, so richtet sich seine Kassenzugehörigkeit nach der überwiegenden Beschäftigung (die die später begonnene sein kann, so daß ein Wechsel in der Kassenzugehörigkeit eintritt), im Zweifel nach dem früher begonnenen Arbeitsverhältnis (§ 309 RVO.[1]). Für krankenversicherte Arbeitslose kann sich ein Wechsel in der Kassenzugehörigkeit aus der Anwendung der §§ 122, 124 ArblVG. ergeben. Bei unständig Beschäftigten, d. h. solchen Personen, deren jeweilige Beschäftigung auf weniger als eine Woche nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist (§ 441 RVO.), beginnt trotz der auch hier bestehenden Versicherungspflicht die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse erst mit der Eintragung in das Verzeichnis, das die Kasse zu führen hat (§ 442 Abs. 3 RVO., vgl. auch die folgenden §§). Die Mitgliedschaft Selbstversicherungsberechtigter beginnt mit dem Tage des Eingangs der Beitrittserklärung bei der Kasse (Vorstand oder Meldestelle), jedoch vorbehaltlich der Zurückweisung Erkrankter und solcher Personen, für die das in der Satzung etwa vorgeschriebene ärztliche Gesundheitszeugnis (§ 176 Abs. 3 RVO.) nicht vorgelegt wird oder den satzungsmäßigen Erfordernissen nicht genügt, und mit der Einschränkung, daß eine beim Beitritt bereits bestehende Erkrankung für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistungen entstehen läßt (§ 310 RVO. — anders als bei krank eintretenden Versicherungspflichtigen). Bei fristgerechter Anzeige der freiwilligen Weiterversicherung (§ 313 RVO., auch in den Fällen des § 123 ArbVG.) beginnt keine neue Mitgliedschaft, sondern die bisherige läuft unter Rückbeziehung der Weiterversicherungsanzeige auf den Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis weiter; nur kann das Mitglied wie der Kassenvorstand eine Berichtigung der Einstufung entsprechend den jeweiligen Einkommensverhältnissen des Mitglieds veranlassen, die aber auf die Leistungen in bereits eingetretenen Versicherungsfällen einflußlos bleibt (§ 313a RVO.).

b) Die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse endet, wenn der Versicherte, insbesondere wegen Eintritts in ein neues versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis, wegen Umschreibung bei Wohnortverlegung (§ 313b RVO.) oder wegen Überweisung an eine andere Kasse durch das Arbeitsamt (§§ 122, 124 ArblVG.), Mitglied einer anderen Krankenkasse (einschließlich der See-Krankenkasse) oder der Reichsknappschaft wird (§ 312 RVO.). Die Pflichtmitgliedschaft endet auch mit dem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis oder der Überschreitung der für die Versicherungspflicht maßgebenden Verdienstgrenze (§ 165b), dafern nicht freiwillige Weiterversicherung eintritt (§ 313). Arbeitsunfähige, sowie Schwangere und Wöchnerinnen, die nicht gegen Entgelt arbeiten, bleiben jedoch Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat (§ 311 RVO., wegen der Beitragsfreiheit vgl. § 383). Wird ein bisheriger Pflichtversicherter arbeitslos, so schließt sich an die gewöhnliche Pflichtmitgliedschaft nach den §§ 117ff. ArblVG. eine

[1] Nähere Bestimmungen hierüber, die die Reichsregierung nach § 309 Abs. 3 erlassen kann, sind noch nicht ergangen.

Versicherung bei derselben oder einer anderen Kasse an. Davon abgesehen äußert die wegen Erwerbslosigkeit beendete Mitgliedschaft nach ausreichender Dauer die Nachwirkung, daß dem bisherigen Mitglied bei Erkrankung während der Erwerbslosigkeit innerhalb der nächsten drei Wochen Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse verbleibt (§ 214 RVO.); bei krankenversicherten Hauptunterstützungsempfängern der Arbeitslosenversicherung gilt dasselbe für die Zeit nach Wegfall der Hauptunterstützung (§ 118 Abs. 2 ArblVG.). Im Mitgliederverzeichnis (§ 442 Abs. 2 RVO.) eingetragene unständig Beschäftigte bleiben Mitglieder auch während der Zeit, in der sie vorübergehend nicht gegen Entgelt beschäftigt werden (§ 446 RVO.). Sie werden im Verzeichnis gelöscht, wenn sie sich abmelden und dabei glaubhaft machen, daß sie Mitglied einer anderen Kasse geworden sind (in diesem Fall endet die Mitgliedschaft schon mit diesem Zeitpunkt, § 312) oder die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben haben; sie werden von Amts wegen durch die Kasse gelöscht, wenn diese den Löschungsgrund anderweit feststellt oder erfährt, daß der Versicherte gestorben oder in den Bezirk einer anderen Kasse verzogen ist; spätestens mit der Löschung endet die Mitgliedschaft, dafern nicht freiwillige Weiterversicherung sich anschließt (§ 447). Die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter (Selbst- und Weiterversicherter) endet mit dem Austritt, ferner dann, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten versäumten Zahltage mindestens vier Wochen (oder die satzungsmäßige längere Frist) verstrichen sind (§ 314), außerdem wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 8400 Reichsmark übersteigt (§ 178).

Zu a und b. Mit der Mitgliedschaft eines Versicherungspflichtigen (der nicht Arbeitsloser ist) beginnt und endet auch die Mitgliedschaft seines Arbeitgebers, sofern sie nicht wegen Beschäftigung anderer Versicherungspflichtiger schon vorher begonnen hat oder darüber hinaus dauert. Wer als Arbeitgeber lediglich von unständig Beschäftigten auftritt, ist nicht Mitglied der Kasse; auch solche unständig Beschäftigte selbst, die zufolge Satzungsbestimmung keine Beitragsteile zahlen (§ 455 RVO.), sind nur auf Leistungen und zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, aber nicht wählbar oder wahlberechtigt, mithin nicht Kassenmitglieder (§ 457).

c) Einen außergewöhnlichen Fall der Kassenmitgliedschaft bildet die sogenannte formale Mitgliedschaft (§ 315 RVO.). Hat nämlich eine Kasse für einen Versicherungspflichtigen, für den sie nicht zuständig ist, nach vorschriftsmäßiger Anmeldung (unten d) unbeanstandet drei Monate hindurch die Beiträge angenommen, so hat sie ihn (und sinngemäß auch seinen Arbeitgeber) bei unverändertem Fortbestand seines Arbeitsverhältnisses solange als Mitglied — nicht nur bei der Leistungsgewährung, sondern auch in organisatorischer Beziehung — anzuerkennen, bis der Kassenvorstand den Versicherten oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verweist. Bestreitet die dabei bezeichnete Kasse ihre Zuständigkeit, so muß die bisherige Kasse das Versicherungsverhältnis vorbehaltlich späterer Abrechnung vorläufig weiter durchführen (§ 316), braucht aber die Mitgliedschaft organisatorisch nicht mehr anzuerkennen; der Streit über die Kassenzuständigkeit wird nach § 405 Abs. 2, 3 RVO. entschieden. Die Erscheinung ist verwandt mit der nur formalen Versicherung (s. § 19 I 1, S. 134), setzt aber Krankenversicherungspflicht voraus.

d) Wenn auch Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei Versicherungspflichtigen und ihren Arbeitgebern unmittelbar von Gesetzes wegen (ipso jure), ohne darauf gerichtetes Rechtsgeschäft eintritt, so bedarf es doch zur ordentlichen verwaltungsmäßigen Durchführung der Krankenversicherung (wie auch der anderen Versicherungszweige) der Kenntnis des Versicherungsträgers vom Bestand des Versicherungsverhältnisses. Diesem Zwecke dienen Meldepflichten, die bei der Krankenpflichtversicherung dem Arbeitgeber unmittelbar im Gesetz auferlegt und

durch die Strafdrohung des § 530 RVO. gesichert sind. Der Arbeitgeber hat binnen drei Tagen nach Beginn, Ende oder inhaltlicher, die Versicherungspflicht oder Beitragsberechnung berührender Änderung jedes versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses den Tatbestand der zuständigen Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse zu melden (§ 317 Abs. 1 RVO.; bei Betriebskrankenkassen sind besondere Meldungen wegen der engen Verbindung zwischen Betriebsleitung und Kassenverwaltung nicht erforderlich; bei der See-Krankenkasse bestimmt die Satzung — in §§ 24ff. — Form, Inhalt und Zeitpunkt der Meldungen, § 490 Abs. 1 RVO.) und dabei auch die Angaben zu machen, die durch die Satzung zur Berechnung der Beiträge gefordert werden (§ 318 RVO.). Die Meldungen sind zu richten an Meldestellen, die für die einzelne Krankenkasse in der Satzung bezeichnet (§ 322 RVO.) oder für mehrere Kassen gemeinsam vom Versicherungsamt eingerichtet sind (§ 319). Für Arbeitgeber, für deren Betriebe die Beiträge (der Grundlohn) nach dem wirklichen Arbeitsverdienst bemessen werden, und für öffentliche und Binnenschiffahrtsbetriebe kann eine abweichende Regelung des Meldewesens getroffen werden (§ 317 Abs. 3, 4, § 318 Abs. 2). Der Reichsarbeitsminister und die obersten Verwaltungsbehörden der Länder können das Meldewesen näher regeln (§ 317 Abs. 5); der Reichsarbeitsminister hat das bisher nicht getan. Die Meldepflicht entfällt, wenn das Arbeitsverhältnis (oder gar nur die wirkliche Leistung von Arbeit) für kürzere Zeit als eine Woche unterbrochen wird und die Beiträge fortgezahlt werden (§ 317 Abs. 2); das Versicherungsverhältnis besteht dann ausnahmsweise trotz Fortfall des Arbeitsverhältnisses fort, wozu es wegen der Beitragsaufbringung eine Verständigung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bedürfen wird — ein eigenartiger und weder im Gesetz noch in Wissenschaft und Praxis besonders beachteter Fall der freiwilligen Weiterversicherung. Der Unterstützung und Überwachung der Meldepflicht dient die Auskunftspflicht des Arbeitgebers (Auswirkung seines besonderen Gewaltverhältnisses zur Kasse), besonders dort, wo der Grundlohn nach dem wirklichen Arbeitsverdienst berechnet wird (§§ 318a bis 318c RVO.). Besonderheiten im Meldewesen bestehen für wandergewerbetreibende Arbeitgeber (§§ 459f.), für Hausgewerbtreibende (§ 471) und bei den unständig Beschäftigten, die sich selbst zur Eintragung in das für sie bestehende Mitgliederverzeichnis der zuständigen Krankenkasse — unbeschadet der Eintragung von Amts wegen — anmelden sollen, die aber auch von den Versicherungsämtern, Gemeinde- und Polizeibehörden usw., denen der versicherungspflichtige Tatbestand bekannt wird, zu melden sind (§ 444) und die zur Feststellung ihrer Versicherungspflicht von der Kasse unter Androhung von Zwangsgeldstrafen geladen werden können (§ 445). Bei den Versicherungsberechtigten treten an die Stelle der Meldungen die auf Beitritt oder Weiterversicherung gerichteten Willenserklärungen.

e) Der Bestand der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger und gegebenenfalls ihrer Arbeitgeber erfährt eine Abwandlung durch das Vorhandensein der nach §§ 503ff. RVO. zugelassenen Ersatzkassen. Diese sind bürgerlichrechtliche Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, für deren Verfassung und Beaufsichtigung die Vorschriften des Gesetzes über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen und Bausparkassen (Versicherungsaufsichtsgesetz) in der Fassung vom 6. Juni 1931 (RGBl. I S. 315) und für deren Versicherungsgeschäfte die Vorschriften des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 263) gelten[1]. Entsprechen sie nach Satzung, Mitgliederkreis, Beitragsabstufung und Leistungsausmaß den Normativbestimmungen der RVO. (§§ 504 bis 513) und sind sie daraufhin als Ersatzkassen zugelassen (§ 503, Verfahren §§ 514f., Widerruf § 516 RVO.), so haben ihre versicherungspflichtigen Mitglieder das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der an sich zuständigen öffentlichrechtlichen

[1] Darüber vgl. in dieser Enzyklopädie Ehrenberg: Privatversicherungsrecht, und Herrmannsdorfer: Versicherungswesen.

Krankenkasse (§ 517 RVO., auch § 123 Abs. 1 Satz 2 ArblVG., § 15 Abs. 4 RKnG., grundsätzlich nicht bei der See-Krankenkasse, § 477 Abs. 2 RVO.). Zur Herbeiführung der Befreiung hat der Versicherungspflichtige seinem Arbeitgeber eine Bescheinigung über die Zugehörigkeit zur Ersatzkasse vorzulegen, die ihm diese auf Antrag unverzüglich und in den Fällen, in denen sie wegen Änderung der Verhältnisse gegenüber einer Krankenkasse gebraucht wird, kostenlos auszustellen hat (§ 518 RVO.). Wird die Bescheinigung dem Arbeitgeber vom Arbeitnehmer innerhalb der Meldefrist vorgelegt, so entfällt die Pflicht zur Anmeldung bei der Krankenkasse; wird die Ersatzkassenzugehörigkeit dem Arbeitgeber in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen, so verlängert die Meldefrist sich auf zwei Wochen, damit inzwischen die Bescheinigung nachgebracht werden kann. Wird die Bescheinigung später während des Arbeitsverhältnisses beigebracht, so hat der Arbeitgeber den Arbeitnehmer nunmehr bei der Krankenkasse abzumelden und dabei die Bescheinigung vorzulegen; Versäumung der Meldefrist führt zu Schadenersatzpflicht des Arbeitgebers gegenüber dem ersatzkassenzugehörigen Arbeitnehmer (§ 519). Solange ein Versicherungspflichtiger wegen Ersatzkassenzugehörigkeit von der Krankenkassenmitgliedschaft befreit ist, gehört auch sein Arbeitgeber der Krankenkasse nicht an, dafern er nicht noch andere Versicherungspflichtige beschäftigt. Da die Ersatzkassenzugehörigkeit nicht dem Arbeitgeber wirtschaftliche Vorteile bringen soll, hat die Ersatzkasse gegen ihn Anspruch auf den vollen Beitragsteil, den er ohne die Befreiung an die zuständige Krankenkasse abzuführen hätte; dieser Beitragsteil ist bei der Lohn- oder Gehaltszahlung als Zusatzbetrag zum Arbeitsentgelt an den Ersatzkassenversicherten abzuführen, der ihn mit seinem Beitrag (unter Anrechnung auf diesen) an die Ersatzkasse weitergibt (§ 520). Beim Ausscheiden eines Versicherungspflichtigen aus der Ersatzkasse, das satzungsmäßig nur zum Schluß eines Kalendervierteljahres zugelassen werden kann (§ 513), tritt seine und seines Arbeitgebers Mitgliedschaft bei der zuständigen öffentlichrechtlichen Krankenkasse in Kraft, da nunmehr ein Befreiungsgrund nicht mehr vorliegt. Damit die Durchführung dieser Pflichtversicherung verwaltungsmäßig gesichert ist, hat die Ersatzkasse (durch die nach § 522 vom Vorstande bestimmte Stelle) vom Ausscheiden eines versicherungspflichtigen bisherigen Mitgliedes dessen Arbeitgeber binnen einer Woche zu benachrichtigen und der Arbeitgeber daraufhin die Anmeldung bei der Krankenkasse nach den allgemeinen Vorschriften vorzunehmen. Erst wenn diese Meldung erstattet ist, wird die Ersatzkasse von ihrer Leistungspflicht gegenüber ihrem bisherigen Mitglied frei; sie kann Rückgriff beim Arbeitgeber nehmen, wenn dieser die Meldung schuldhaft unterlassen oder verzögert hat (§ 521). Ist der Versicherte beim Übergang von der Ersatzkasse zur Krankenkasse arbeitsunfähig, so bleibt die Ersatzkasse bis zum Ablauf ihrer gewöhnlichen Leistungsdauer leistungspflichtig; im übrigen übernimmt die öffentlichrechtliche Krankenkasse die weitere Leistung nach ihrer Satzung, unter Anrechnung der bei der Ersatzkasse verbrachten Leistungszeit (§§ 523, 212).

2. Höchstes Organ der Krankenkasse ist der Ausschuß, wichtigstes Mitgliedsrecht die Wahlberechtigung zum Ausschuß. Die Wahl des Ausschusses ist zugleich die einzige Form, in der die Mitglieder ihren Einfluß auf die Verwaltung der Krankenkasse unmittelbar rechtlich zur Geltung bringen können; andere Formen, insbesondere Vollversammlung oder Urabstimmung, sind nicht vorgesehen. Der Ausschuß besteht bei Orts-, Land- und Innungskrankenkassen zu einem Drittel aus Vertretern der „beteiligten Arbeitgeber" und zu zwei Dritteln aus Vertretern der „Versicherten" (§§ 332, 341 RVO.), bei Betriebskrankenkassen aus dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter und aus Vertretern der Versicherten (§ 338). Die „Versicherten" müssen Mitglieder der Krankenkasse sein, um deren Ausschuß es sich handelt; aus welchem Rechtsgrund sie versichert sind, ist gleichgültig (Ausnahme für unständig Beschäftigte, die keine Beitragsteile zahlen, s. § 457).

„Beteiligte Arbeitgeber" sind (abgesehen von dem Betriebsinhaber bei Betriebskrankenkassen) solche, die für ihre versicherungspflichtigen Arbeitnehmer Beiträge an die Kasse zu zahlen haben und nicht deshalb zu den Versicherten zu rechnen sind, weil sie regelmäßig weniger als drei Versicherungspflichtige beschäftigen und selbst gegen Krankheit versichert sind (§ 332 Abs. 2, § 14 Abs. 2); insbesondere wegen ihrer Wahlberechtigung sind sie wissenschaftlich als Mitglieder der Krankenkasse anzusehen. Das Verhältnis der Vertreterzahl, bei Betriebskrankenkassen des Stimmgewichts (nach § 338 Abs. 3 Satz 2 hat der Arbeitgeber die Hälfte der Stimmen der Versichertenvertreter) im Ausschuß und Vorstand und die dementsprechende Verteilung des Wahleinflusses auf Arbeitgeber und Versicherte ist in der Krankenversicherung wie in den anderen Versicherungszweigen der formalrechtlichen Beitragsverteilung angepaßt (vgl. noch § 341 Abs. 2, wonach bei Innungskrankenkassen dann, wenn nach der Satzung Arbeitgeber und Versicherungspflichtige je die Hälfte der Beiträge tragen, auch der organisatorische Einfluß beiden Gruppen je zur Hälfte zusteht). Bei ungleichen Beitragsteilen ist diese Einflußverteilung verwaltungstechnisch bequem, weil sie die Mehrheitsbildung erleichtert, soweit nicht für wichtige Beschlüsse übereinstimmende Mehrheiten beider Gruppen in den Organen erforderlich sind. Ob aber die Verteilung des organisatorischen Einflusses nach dem Beitragsverhältnis im Rahmen der Selbstverwaltung sinnvoll ist, kann um so mehr bezweifelt werden, als die formalrechtliche Beitragsverteilung keineswegs die wirkliche wirtschaftliche Belastung beider Gruppen widerspiegelt. — Die Zahl der Vertreter im Ausschuß wird in der Satzung festgesetzt (§ 321 Nr. 5 RVO.); sie darf insgesamt nicht mehr als neunzig (bei Betriebskrankenkassen nicht mehr als fünfzig Versichertenvertreter, § 338 Abs. 2) betragen (§ 332 Abs. 1).

Die Wahl der Vertreter zum Ausschuß geschieht getrennt in den Gruppen der Arbeitgeber und der Versicherten unter Leitung des Kassenvorstandes, ersatzweise des Versicherungsamtes. Wahlberechtigt sind die volljährigen Kassenmitglieder, denen nicht die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind (§ 34 Nr. 4 StrGB.). Jeder Versicherte hat eine Stimme. Das Stimmrecht der Arbeitgeber bemißt sich nach der Zahl der bei der Kasse versicherungspflichtigen Arbeitnehmer, die sie beschäftigen; doch kann es durch die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes abgestuft und durch eine Höchstzahl beschränkt werden (§ 333 RVO.). Arbeitgeber, die mit der Beitragszahlung im Rückstande sind, können durch die Satzung von Wahlberechtigung und Wählbarkeit ausgeschlossen werden (§ 337). Die Wählbarkeit richtet sich im übrigen nach den für alle in der RVO. vorgesehenen Versicherungsträger gemeinsamen Vorschriften über Ehrenämter. Wählbar zu den Organen der Versicherungsträger sind nur volljährige Deutsche, die nicht infolge strafgerichtlicher Verurteilung die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter (auch durch Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte) verloren haben oder wegen einer mit solchem Verlust bedrohten strafbaren Handlung in ein Hauptverfahren verwickelt sind, auch nicht infolge gerichtlicher Anordnung (Konkurseröffnung, Entmündigung, vorläufige Vormundschaft) in der Verfügung über ihr Vermögen beschränkt sind und die dem betreffenden Versicherungsträger angehören (§ 12 RVO.). Bei Arbeitgebern (Unternehmern) wird für die Wählbarkeit die regelmäßige Beschäftigung mindestens eines Versicherungspflichtigen vorausgesetzt, der bei dem Versicherungsträger versichert ist; den Arbeitgebern stehen bevollmächtigte Betriebsleiter und für die Krankenkassenwahlen auch Geschäftsführer und Betriebsbeamte gleich; nicht wählbar sind Mitglieder (auch ehrenamtliche[1], z. B. Beisitzer des Versicherungsamtes) einer Behörde, die Aufsichtsbefugnisse über

[1] Die Auffassung, daß unter „Mitgliedern" der Aufsichtsbehörde nur beamtete Mitglieder zu verstehen seien, die vom Sächs. LVersA. in EuM. 3, 1 und vom Preuß. Handelsminister im Erlaß vom 6. März 1914, HMBl. S. 124, vertreten wird, ist zu eng und entspricht nicht der Notwendigkeit, innerhalb der Selbstverwaltung jeder Verwaschung der Interessen vorzubeugen.

einen Versicherungsträger hat (§ 13). Für die Wählbarkeit als Vertreter der Versicherten fordert das Gesetz pflichtmäßige oder freiwillige Versicherung bei dem Träger, dessen Organ besetzt werden soll; wer selbst versichert ist und zugleich Versicherungspflichtige desselben Zweiges beschäftigt, ist als Versichertenvertreter nur wählbar, wenn seine Arbeitgeberfunktion einen geringen, nach der Zahl der Arbeitnehmer bemessenen Umfang einhält (§ 14 RVO.). Bei Betriebskrankenkassen findet auf der Arbeitgeberseite eine Wahl naturgemäß nicht statt (§ 339 RVO.); auf seiten der Versicherten sind freiwillig Weiterversicherte (freiwillig Selbstversicherte gibt es hier nicht) nur so lange wahlberechtigt und wählbar, als sie dem betreffenden Betrieb angehören (§ 340). Das Wahlverfahren regelt für die einzelne Krankenkasse die Satzung, deren Zuständigkeit hierfür zwar im § 321 RVO. nicht mit aufgeführt ist, sich aber aus Vorschriften wie § 333 Abs. 3, §§ 334, 15 RVO. einwandfrei ergibt. Gewöhnlich bildet die Wahlordnung für den Ausschuß einen äußerlich gesonderten Bestandteil der Satzung; sie bedarf aber wie die ganze Satzung der Genehmigung durch das Oberversicherungsamt. Sie muß sich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften halten, die sich hauptsächlich in den §§ 15ff. RVO. finden und durch das G. über Wahlen nach der RVO. usw. vom 8. April 1927 (RGBl. I S. 95) tiefgehend umgestaltet worden sind. Der Reichsarbeitsminister hat daraufhin neue Musterwahlordnungen für die Organe der Orts- und der Landkrankenkassen und für die Vertreter der Versicherten in den Organen der Betriebskrankenkassen vom 29. Juli 1927 (RArbBl., Beilage zu Teil I Nr. 22/1927) erlassen. Für Innungskrankenkassen gilt die erstgenannte Musterwahlordnung sinngemäß. Die Wahl zum Ausschuß ist unmittelbare geheime Verhältniswahl mit gebundenen Listen. Die Vorschlagslisten können von wirtschaftlichen Vereinigungen von Arbeitgebern oder von Arbeitnehmern (vgl. Art. 159 RV.) oder von Verbänden solcher Vereinigungen eingereicht werden. Einreichungsberechtigt ist eine Vereinigung dann, wenn sie Arbeitgeber oder Arbeitnehmer zu unmittelbaren Mitgliedern hat, die Wahrnehmung der arbeitsrechtlichen Interessen ihrer Mitglieder zu ihrer Aufgabe gemacht hat und zur reinen, von der anderen Gruppe oder dritter Seite unbeeinflußten Wahrnehmung dieser Interessen fähig ist, ein Verband dann, wenn er aus solchen Vereinigungen besteht. Die Anforderungen an die Vereinigung sind praktisch die gleichen, von denen auch ihre Tariffähigkeit abhängt. Ferner können bei der Wahl zum Ausschuß oder Vorstand der Krankenkassen Vorschlagslisten eingereicht werden von Arbeitgebern oder von Versicherten, die sie in der satzungsmäßigen, der Zustimmung der Versicherungsbehörde bedürftigen Zahl mit ihrer Unterschrift versehen (§ 15 RVO.). Das Wahlverfahren beginnt mit der Ausschreibung der Wahl, die mindestens einen Monat vor dem Wahltag ergehen muß (§ 334 RVO.). Das Ziel für die Einreichung der Vorschlagslisten richtet sich nach der Satzung (§ 15 Abs. 2 RVO.). Der Tag der Ausschußwahl muß vor dem Ablauf der laufenden Wahlzeit liegen (§ 16a Abs. 1). Die Wahlzeit aller Organe der Versicherungsträger dauert fünf Jahre und endet einheitlich mit dem Schlusse des jeweils fünften Kalenderjahres; aus dieser Gleichlegung aller Wahlzeiten durch das Wahlgesetz von 1927 erklärt sich der Ausdruck „soziales Wahljahr". Die Wahlzeit der jetzt vorhandenen Organpersonen der Versicherungsträger läuft mit dem Jahre 1932 ab. Nach Ablauf der Wahlzeit bleiben die Gewählten im Amte, bis ihre Nachfolger eintreten. Wiederwahl ausscheidender Organpersonen ist zulässig (§ 16). Für Vertreter, die im Laufe der Wahlzeit ausscheiden, rücken in der bei Verhältniswahlen üblichen Weise die auf der Vorschlagsliste des Ausscheidenden noch vorgeschlagenen Personen ein; ist eine Vorschlagsliste erschöpft, so hat die Aufsichtsbehörde von der Stelle, die die Liste eingereicht hatte, eine Ergänzung einzufordern und, wenn diese in der gesetzten Frist nicht eingeht, Ersatzpersonen aus dem Kreise der Wählbaren zu berufen (§ 16b). Ergänzungswahlen finden nicht statt. Neuwahlen während der fünfjährigen Regelwahlzeit können nur vorkommen, wenn die ursprüngliche Wahl für

ungültig erklärt wird. Kommt eine Wahl nicht zustande, so beruft die Aufsichtsbehörde die Organpersonen aus dem Kreise der Wählbaren unter Zugrundelegung etwa eingereichter Vorschlagslisten (§ 16b Abs. 1).

Die Zuständigkeit des Ausschusses ist im Gesetz (§ 327, auch §§ 338, 341 RVO.) zunächst allgemein dahin umschrieben, daß er zusammen mit dem Vorstand (unten 3) die Geschäfte der Kasse besorgt. Die Ämter im Vorstand und im Ausschuß (auch als Ersatzmann) sind miteinander unverträglich; ein Ausschußmitglied, das in den Vorstand gewählt wird, scheidet mit der tatsächlichen Berufung zur Ausübung des Vorstandsamtes aus dem Ausschusse aus (§ 327). Das „Besorgen" der Kassengeschäfte im einzelnen ist für die Organe Ausschuß und Vorstand um so weniger möglich und beschränkt sich um so mehr auf die bloße Leitung, je größer die Krankenkasse ist; dann müssen die einzelnen Geschäfte, die laufenden Angelegenheiten durch Hilfspersonen ohne Organstellung (Beamte oder Angestellte, s. § 33, S. 227) erledigt werden. Eine feste Zuständigkeitsabgrenzung hierfür gibt das Gesetz aber nicht. Im Verhältnis zum Vorstand ist der Ausschuß allgemein für alles zuständig, was nicht durch Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstande zugewiesen ist (§ 345 Abs. 1 RVO.). Gesetzlich vorbehalten ist dem Ausschuß, den Vorstand zu wählen (§ 335 RVO., unten 3) und den Voranschlag festzusetzen, die Jahresrechnung abzunehmen, die Kasse gegenüber den Vorstandsmitgliedern (insbesondere in Haftungsfällen des § 23 RVO.) zu vertreten, Vereinbarungen und Verträge mit anderen Kassen (vgl. § 406 RVO.) zu beschließen, Melde- und Zahlstellen zu errichten, die Satzung zu ändern und die Kasse aufzulösen oder mit anderen Krankenkassen freiwillig zu vereinigen (§ 345), ferner Meldung, Verhalten und Überwachung der Kranken durch die Krankenordnung zu regeln (§ 347), der vom Vorstand aufgestellten oder geänderten Dienstordnung sowie Vorstandsbeschlüssen über Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen zuzustimmen (§ 346) und für Mitglieder, die sich nicht im Kassenbereich aufhalten, die Handhabung der Beiträge und Leistungen und die Krankenüberwachung zu regeln (§ 348).

Die wichtigste dieser Befugnisse ist neben der Vorstandswahl die Gestaltung der Satzung. Ihre Bedeutung ergibt sich aus dem gesetzlichen Inhalt der Satzung, zu dem unter anderem die Bestimmung über Art und Umfang der Leistungen und über die Höhe der Beiträge (§ 321 RVO.) einschließlich der Festsetzung des Grundlohnes (§ 180) gehört. Die erste Satzung wird der Krankenkasse bei ihrer Gründung von der Stelle mitgegeben, die die Kasse errichtet (s. § 8 I 2 a). Ist die Kasse aber ins Leben getreten, so ist sie in der Gestaltung ihrer Satzung selbständig; der Ausschuß kann die Satzung ändern. Allerdings darf die Satzung auch dann nichts bestimmen, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft und nicht im Zwecke der Kasse liegt (§ 323 RVO.). Die richtige Handhabung der Satzungsbefugnis unterliegt besonderen vorbeugenden Aufsichtsmaßnahmen[1]. Die Satzung und ihre Änderung (ähnlich auch die Dienstordnung, § 355, und die Krankenordnung, § 347) bedarf zu ihrer Gültigkeit teils der Genehmigung, teils der Zustimmung des Oberversicherungsamtes (§ 324). Hierbei bedeutet Genehmigung, daß der genehmigungsbedürftige Akt lediglich auf seine Rechtmäßigkeit, vor allem auf Übereinstimmung mit dem Gesetz, geprüft und für juristisch einwandfrei befunden wird, während bei der Zustimmung die Prüfung sich auch auf die Zweckmäßigkeit erstreckt; diesen Sprachgebrauch befolgen die Sozialversicherungsgesetze auch bei anderen als den die Satzung betreffenden Zuständigkeiten der Aufsichtsbehörden. Wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt, kann ihre Änderung durch das Oberversicherungsamt angeordnet und bei Säumigkeit des Ausschusses verfügt werden (§ 326). Ihrem rechtlichen Inhalte nach ist die Satzung der Krankenkassen und die anderer Versicherungsträger kein einheitliches Gebilde. Sie enthält teils organisatorische Bestimmungen für Errichtung und Innenleben des Versicherungsträgers (Gründungsstatut) und ist insoweit Verwaltungsakt; teils regelt sie in Rechtssätzen (als sogenannte autonome Satzung) Rechtsverhältnisse von Außenstehenden zum Versicherungsträger, z. B. den Beitritt Versicherungsberechtigter (§ 176 Abs. 3) oder in der Unfallversicherung den Umfang der Versicherungspflicht (§ 548); endlich enthält sie (wie auch teilweise die Kranken- und Dienstordnung) Verwaltungsvorschriften für die Organe, Hilfspersonen und Angehörigen des Versicherungsträgers,

[1] Darüber hinaus hat der Reichsarbeitsminister aus Anlaß der Reichspräsidentenverordnung vom 26. Juli 1930 neue Mustersatzungen für die vier Kassenarten bekanntgemacht (unter dem 28. September 1930, Beilage zu Heft 27/1930 der AN.).

die im besonderen öffentlichrechtlichen Gewaltverhältnis der so Angewiesenen zum Träger bindend sind. Das Wort „Satzung" bedeutet im Gesetz demnach nicht einen bestimmt gearteten rechtlichen Inhalt, sondern eine bestimmte Ordnung des Zustandekommens einer Vorschrift[1]. Bei den Krankenkassen hat jeder Versicherte und jeder Arbeitgeber mitgliedschaftlichen Anspruch auf Erteilung eines Satzungsauszuges nebst Krankenordnung und auf Einsicht in die vollständige Satzung samt ihren Änderungen (§ 325 RVO.).

Bei allen bisher aufgeführten Zuständigkeiten tritt der Ausschuß nur innerhalb der Krankenkasse auf, während die Vertretung nach außen dem Vorstand obliegt (s. § 6 II 3). Ausnahmsweise kommt dem Ausschuß neben dem Vorstand eine außenrechtliche Vertreterstellung zu bei Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken (§ 346 Abs. 1 RVO.), wodurch der Vorstand in seiner Selbständigkeit besonders wirksam beschränkt und kontrolliert wird.

Die Berufung des Ausschusses zu Sitzungen, die nach § 11 RVO. nicht öffentlich sind, und die Art der Beschlußfassung regelt die Satzung (§ 321 Nr. 5 RVO.). Im allgemeinen werden Ausschußbeschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefaßt, so daß die Vertreter der Arbeitgeber von denen der Versicherten überstimmt werden können. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Ausschußvorsitzenden den Ausschlag (§ 9 RVO.). Für besonders wichtige Beschlüsse, insbesondere solche über Satzungsänderung und Beitragshöhe, ist jedoch getrennte Abstimmung beider Gruppen vorgeschrieben, wobei es zur Gültigkeit des Beschlusses übereinstimmender Mehrheiten bedarf (§ 345 Abs. 3, §§ 388, 389 RVO.).

3. Neben dem Ausschuß besteht als weiteres Organ der Krankenkasse der Vorstand. Er wird vom Ausschuß gewählt und geht insofern mittelbar aus dem Willen der Mitglieder hervor. Seine Zusammensetzung, insbesondere die Zahl seiner Mitglieder regelt die Satzung (§ 321 Nr. 4 RVO.); eine Höchstzahl ist gesetzlich nicht bestimmt. Der Vorstand besteht bei Orts-, Land- und Innungskrankenkassen zu einem Drittel aus Vertretern der beteiligten Arbeitgeber und zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten (§§ 335, 341), bei Betriebskrankenkassen aus dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und aus Vertretern der Versicherten, wobei dem Arbeitgeber die Hälfte der Stimmenzahl der Versichertenvertreter zukommt (§ 338). Für den Personenkreis, aus dem die Vorstandsmitglieder entnommen werden können, und für das Stärkenverhältnis der beiden Gruppen (auch die ausnahmsweise Parität bei Innungskrankenkassen, § 341 Abs. 2) gilt dasselbe wie beim Ausschuß (oben 2).

Die Wahl der Vertreter zum Vorstand geschieht durch die Vertreter im Ausschuß in den getrennten Gruppen der Arbeitgeber und der Versicherten, nach den Musterwahlordnungen, die auch für die Vorstandswahl Bestimmungen vorsehen, unter Leitung des bisherigen Vorstandes. Wahlberechtigt sind demnach nur die Ausschußmitglieder mit gleichem Stimmrecht innerhalb der Gruppen (§§ 225, 338, 341 RVO.). Wählbar sind alle Arbeitgeber- und Versichertenmitglieder der Kasse mit den gleichen Einschränkungen und Maßgaben wie beim Ausschuß. Werden Ausschußmitglieder in den Vorstand gewählt, so haben sie aus dem Ausschuß auszuscheiden (§ 327). Auch dürfen Vorstandsmitglieder nicht zugleich besoldete Beamte oder Arbeitnehmer der Kasse sein (§ 21 Abs. 4). Auch die Vorstandswahl ist unmittelbare geheime Verhältniswahl mit gebundenen Listen; Vorschlagslisten können außer von wirtschaftlichen Vereinigungen und freien Wahlgruppen mit satzungsmäßiger Unterschriftenzahl auch von mindestens je zwei Vertretern der Arbeitgeber oder der Versicherten im Ausschuß eingereicht werden (§ 15 Abs. 1). Die Wahl zum Vorstand ist nach Beendigung der fünfjährigen Wahlzeit von dem dann neugewählten Ausschuß unverzüglich vorzunehmen (§ 16a Abs. 2); bis sie erledigt ist und die neugewählten Vorstandsmitglieder eintreten, bleibt der bisherige

[1] Daraus erklärt sich, daß nach manchen Geldwertanpassungsverordnungen der Inflationszeit eine Neuregelung der Beiträge und Leistungen „ohne Änderung der Satzung" vollzogen werden konnte; im Interesse der Beschleunigung wurde so die Zuständigkeit des Vorstandes statt des Ausschusses begründet.

Vorstand im Amte (§ 16 Abs. 2). Für die Wiederwählbarkeit Ausscheidender, das Einrücken von Stellvertretern und die behördliche Ersatzberufung bei Erschöpfung der Vorschlagsliste oder Nichtzustandekommen der Wahl gilt beim Vorstand dasselbe wie beim Ausschuß (§ 16 Abs. 3, § 16b).

Der Zuständigkeit nach teilt sich der Vorstand mit dem Ausschuß in die Besorgung der Kassengeschäfte (§ 327 RVO.). Insbesondere „verwaltet" der Vorstand die Kasse, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt (§ 342). Da aber andrerseits der Ausschuß über alles „beschließt", was nicht Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstande zuweist (§ 345 Abs. 1), kann wohl unter der Verwaltung des Vorstandes im Gegensatz zur Beschlußfassung des Ausschusses nur die sogenannte laufende Verwaltung zu verstehen sein, die der Vorstand unter Leitung des Ausschusses nach dessen grundsätzlichen Beschlüssen zu führen hat. Für bestimmte Aufgaben hat der Vorstand eine eindeutige gesetzliche Zuständigkeit; für andere kann er durch Satzung oder Dienstordnung derart berufen sein, daß ihm seine Zuständigkeit nicht durch Beschlüsse des Ausschusses im Einzelfall entzogen werden kann. Gesetzlich obliegt dem Vorstand insbesondere die Wahl des Vorsitzenden (§ 328 RVO., unten 4), die Vertretung der Kasse nach außen (§ 5 RVO., oben § 6 II 3), die Aufstellung und Änderung der Dienstordnung, die Beschlußfassung über Errichtung von Krankenhäusern und Erholungsheimen (§ 346 Abs. 2 RVO.), die Anstellung der Dienstordnungsangestellten (wozu es einer Zweidrittelmehrheit bedarf, § 349), ein großer Teil der sonstigen Personalverwaltung (§§ 354ff.) und die Beschlußfassung über den Beitritt und die Beitragsübernahme zu Kassenvereinigungen (mit Zustimmung beider Gruppen im Vorstand, § 414). Gewisse Vorstandsbeschlüsse bedürfen der Zustimmung des Ausschusses, Grundstücksgeschäfte seiner Mitwirkung auch nach außen hin (§ 346). Gegenüber den Gewerbeaufsichtsbeamten und den Trägern der Unfall- und der Invalidenversicherung ist der Vorstand zu Auskünften verpflichtet (§§ 343, 344, vgl. auch die Vorschriften über Rechts- und Verwaltungshilfe in § 116 RVO., § 318 AVG., § 204 ArblVG., enger § 221 RKnG.). Er hat das Ergebnis jeder Organwahl und überdies jede Änderung in seiner Zusammensetzung, die durch Ausscheiden bisheriger und Einrücken neuer Vorstandsmitglieder eintritt, binnen einer Woche der Aufsichtsbehörde anzuzeigen (§ 6 Abs. 1 RVO.).

Die Verhandlungsweise und die Art der Beschlußfassung des Vorstandes ist im Gesetz nicht erschöpfend geregelt. Die Satzung kann darüber Bestimmungen treffen. Die Vorstandsgeschäfte werden im allgemeinen in Sitzungen erledigt, die nicht öffentlich sind (§ 11 RVO.). In eiligen Fällen kann schriftlich abgestimmt werden (§ 7). Soweit nichts besonderes vorgeschrieben ist (s. oben), kommen Vorstandsbeschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen zustande. Der Vorsitzende des Vorstandes (unten 4) stimmt mit; seine Stimme gibt bei Stimmengleichheit den Ausschlag (§ 9 RVO).

4. Endlich muß bei allen Krankenkassen ein Vorsitzender des Vorstandes als technischer Repräsentant vorhanden sein. Er gehört dem Vorstand an, hat aber eine wenn auch geringe eigene Zuständigkeit und ist deshalb ein weiteres Organ der Kasse. Bei den Orts- und Landkrankenkassen wird er von den Vorstandsmitgliedern aus ihrer Mitte in ungetrennter Wahlhandlung beider Gruppen gewählt, ebenso ein oder mehrere Stellvertreter für ihn. Mittelbar geht also hier auch der Vorsitzende aus dem Willen der Mitglieder hervor. Wahlberechtigt und wählbar sind nur Vorstandsmitglieder. Die Wahl ist vorbehaltlich abweichender Satzungsbestimmung Mehrheitswahl; es genügt einfache Stimmenmehrheit. Vorschlagslisten sind nicht vorgesehen. Erhält bei der ersten Wahlhandlung kein Vorstandsmitglied die erforderliche Stimmenzahl, so ist die Wahl auf einen anderen Tag anzuberaumen. Kommt sie auch dann nicht mit der ordentlichen Mehrheit zustande, so gelten die beiden Vorstandsmitglieder, die die höchsten Stimmenzahlen erhalten haben, derart

als gewählt, daß sie den Vorsitz unter gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd je für ein Jahr zu führen haben. Die Reihenfolge richtet sich nach der Stimmenzahl; bei Stimmengleichheit entscheidet das Los (§ 328 RVO.)[1]. Die Wahlzeit des Vorsitzenden ist gesetzlich nicht geregelt; in diesem wie in anderen Punkten ist die Stellung des Vorsitzenden der näheren Regelung durch die Satzung zugänglich und bedürftig. Scheidet der bisherige Vorsitzende aus dem Vorstand aus, so endet auch sein Amt als Vorsitzender und lebt nicht durch Wiederwahl in den Vorstand auf. Bei Betriebskrankenkassen führt der Arbeitgeber oder sein von ihm bestellter Vertreter von Gesetzes wegen den Vorsitz im Vorstand wie im Ausschuß (§ 338 Abs. 3 RVO.). Für Innungskrankenkassen bestellt die Innung den Vorsitzenden des Vorstandes sowie seine Stellvertreter aus den Vorstandsmitgliedern (§ 341 Abs. 1).

Die Zuständigkeit des Vorsitzenden ergibt sich zur Hauptsache aus der Satzung. Was diese dem Vorsitzenden an Rechten und Pflichten zuweist, kann ihm nicht durch einfachen Organbeschluß, sondern nur durch Satzungsänderung entzogen werden. Gesetzlich obliegt dem Vorsitzenden die Leitung der Verhandlungen des Vorstandes; sonst würde er seine Bezeichnung zu Unrecht führen (vgl. auch § 328 Abs. 2 Satz 2, § 338 Abs. 3 Satz 1 RVO.). Wenn die Satzung nach § 5 Abs. 3 RVO. bestimmen kann, daß einzelne Vorstandsmitglieder den Versicherungsträger vertreten können, so dürfte hierzu der Vorsitzende des Vorstandes der Nächstberufene sein. Von Gesetzes wegen ist der Vorsitzende des Vorstandes berufen, Ordnungsstrafen wegen unberechtigter Nichtannahme einer Wahl (§ 18 RVO.) oder wegen Pflichtversäumung von Vorstandsmitgliedern (§ 19) zu verhängen; die Verhängung anderer Ordnungsstrafen (z. B. nach § 529) kann ihm durch die Satzung nach § 5 Abs. 3 RVO. übertragen werden. Das Gesetz beruft den Vorsitzenden weiter dazu, bei Abstimmungen der von ihm geleiteten Organe gegebenenfalls den Ausschlag zu geben (§ 9). Vor allem aber hat der Vorsitzende des Vorstandes die Pflicht, gesetz-, satzungs- oder dienstordnungswidrige Organbeschlüsse durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde (mit aufschiebender Wirkung) zu beanstanden (§§ 8, 357).

5. Die Durchführung der Verwaltung der Krankenkassen ist gesichert durch eine Reihe von Pflichten der Mitglieder und der Organpersonen insbesondere. Eine Wahlpflicht ist nicht vorgesehen. Hingegen bestehen in gewissem Umfang Pflichten zur Annahme von Organstellungen. Das Gesetz bezeichnet die Organstellung als Ehrenamt (Überschrift vor § 12 RVO.). Ob es sich dabei um ein Ehrenamt kraft Zwangsdienstpflicht oder um ein übernommenes Ehrenamt handelt, kann angesichts der Zweifelhaftigkeit dieser Unterscheidung dahingestellt bleiben; es kann nicht angenommen werden, daß die Vertreter der Arbeitgeber und die der Versicherten in ein und demselben Organ eine verschiedenartige Stellung innehaben, während sie doch für die Übernahme des Amtes verschieden gestellt sind. Wer als Vertreter der Versicherten zum Ausschuß oder Vorstand gewählt ist, kann die Wahl ohne Angabe von Gründen ablehnen; ebenso nimmt die Praxis an, daß für das Amt des Vorstandsvorsitzenden keine Annahmepflicht besteht. Hingegen kann die Wahl als Vertreter der Arbeitgeber in Ausschuß oder Vorstand nur ablehenen, wem die Gründe des § 17 RVO. (ähnlich denen, die nach § 1786 BGB. zur Ablehnung einer Vormundschaft berechtigen) zur Seite stehen. Wahlablehnung ohne zulässigen Grund zieht Ordnungsstrafe nach sich (§ 18 RVO.). Wer die Wahl angenommen oder nicht erfolgreich abgelehnt hat, ist verpflichtet,

---

[1] In der ursprünglichen Fassung der RVO. war vorgeschrieben, daß der Vorsitzende mit der Mehrheit der Stimmen sowohl der Arbeitgebervertreter wie der Versichertenvertreter im Vorstande zu wählen war; kam die Wahl nicht zustande, so hatte das Versicherungsamt einen kommissarischen Vorsitzenden zu bestellen. Durch V. vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181) ist diese Regelung für die Ortskrankenkassen, durch G. vom 28. Juni 1919 (S. 615) für die Landkrankenkassen beseitigt.

das Amt ordnungsmäßig auszuüben, widrigenfalls er nach § 19 RVO. bestraft werden kann; ihn trifft eine öffentliche Dienstpflicht gegenüber der Krankenkasse. Die Dienstpflicht geht auf getreue Amtsverwaltung und ist in vermögensrechtlicher Hinsicht dadurch gesichert, daß die Organpersonen dem Versicherungsträger wie Vormünder ihren Mündeln haften und bei vorsätzlichem Handeln zum Nachteil des Versicherungsträgers mit Strafe bedroht sind. Auch haben sie sich bei Gegenständen, die ihre Privatinteressen berühren, der Mitwirkung an Beratung und Abstimmung zu enthalten und das Sitzungszimmer zu verlassen (§ 23 RVO.). Die Organpersonen stehen unter Schweigepflicht (§§ 141 bis 144). Gegen Organmitglieder, von denen Tatsachen bekannt werden, die ihre Wählbarkeit oder ihre Vertrauenswürdigkeit ausschließen, findet ein Ausschlußverfahren statt. Organpersonen, bei denen nachträglich Ablehnungsgründe im Sinne des § 17 RVO. eintreten, können ihre Enthebung vom Amte verlangen; dies gilt auch für Vertreter der Versicherten (§ 24). Das Amt endet erst mit der Rechtskraft der Ausschließung oder mit der Enthebung. Die Ausübung der Organstellung ist Ehrenamt in dem Sinne, daß sie unentgeltlich geschieht; doch erhalten die Organpersonen Ersatz ihrer baren Auslagen und die Versichertenvertreter Ersatz des entgangenen Arbeitsverdienstes oder einen Pauschbetrag für Zeitverlust; ein solcher kann durch die Satzung auch den Vertretern der Arbeitgeber zugebilligt werden (§ 21, vgl. § 321 Nr. 8 RVO.). Die Vertreter der Versicherten in den Organen der Versicherungsträger genießen einen besonderen Schutz gegen Beschränkung oder Benachteiligung durch ihren Arbeitgeber oder den Versicherungsträger (§§ 139f.). Sie haben ihrem Arbeitgeber jede Einberufung zu Sitzungen der Organe anzuzeigen und sichern sich dadurch gegen außerordentliche Kündigung wegen Fernbleibens von der Arbeit (§ 22 RVO., vgl. auch Art. 160 RV.).

Neben den organschaftlichen Pflichten bringt die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse weitere Pflichten mit sich. Von den Melde- und Auskunftspflichten war bereits die Rede (oben 1d). Versicherte, die Leistungen in Anspruch nehmen, unterstehen kraft besonderen Gewaltverhältnisses der Krankenordnung und den Anordnungen des behandelnden Arztes (§§ 184, 347, 507 RVO.). Überdies können sie durch die Satzung verpflichtet werden, wenn sie Krankengeld oder Ersatzleistungen dafür beanspruchen, dem Vorstand die Höhe gleichzeitiger Bezüge aus anderen Krankenversicherungen mitzuteilen (§ 190), damit die zur Vermeidung der sogenannten Doppelversicherung im § 189 Abs. 2 RVO. vorgesehene Anrechnung stattfinden kann. Verletzung dieser Pflichten zieht Ordnungsstrafe nach sich (§ 529).

III. Regelmäßige Träger der Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften. Die Reichsversicherungsordnung unterscheidet entsprechend ihrer Einteilung gewerbliche, landwirtschaftliche und die See-Berufsgenossenschaft. In der amtlichen Statistik[1] wird die letztere unter den gewerblichen Berufsgenossenschaften aufgeführt. In den Grundzügen ihrer Verfassung gleichen die drei Arten der Berufsgenossenschaften einander so sehr, daß sie hier einheitlich dargestellt und die Abweichungen nur gegebenenorts erwähnt werden können. Anzufügen ist eine Skizze der von Berufsgenossenschaften abhängenden Anstalten (unten 8) und der ihnen nachgebildeten Versicherungsgenossenschaft (unten 9).

1. Wegen der Abgrenzung des an der Unfallversicherung beteiligten Personenkreises und seiner Verteilung auf die im einzelnen zuständigen Versicherungsträger ist auf früher Gesagtes (§ 7 I und II, § 8 I 1) zu verweisen. Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei der Berufsgenossenschaft ist nur für die im 3. Buche der RVO. als Unternehmer bezeichneten Arbeitgeber zu erörtern, weil diese allein Mitglieder und mit vollem Selbstverwaltungseinfluß ausgestattet sind, während die Versicherten zum Träger der Unfallversicherung in einem viel loseren Verhältnis

[1] Vgl. Statistik der Sozialversicherung 1929 mit einem Blick auch auf das Jahr 1930, Beilage zu den AN. 1930 Nr. 12.

stehen, das mit dem Eintritt in das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis beginnt und mit dem Aufhören der Beschäftigung oder gegebenenfalls der Leistungen des Versicherungsträgers endet. An die Stelle des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses tritt bei Personen, auf die die Versicherungspflicht durch die Satzung erstreckt ist (§§ 548, 551, 922, 1059 RVO.), der dabei vorgesehene Tatbestand; das Versicherungsverhältnis endet gegebenenfalls auch mit der Befreiung mangels besonderer Unfallgefahr und beginnt wieder mit deren Widerruf (§§ 549, 922). Bei Drittversicherten beginnt das Versicherungsverhältnis mit dessen Herbeiführung (§§ 552, 922, 1064), bei Selbstversicherten mit ihrem Beitritt (§§ 550, 551, 922, 1061). Das Verhältnis Selbstversicherter zum Versicherungsträger endet auch mit dem Austritt und nach der Satzung, wenn der Beitrag trotz Mahnung nicht rechtzeitig entrichtet wird (§§ 553, 922, 1064). Soweit Unternehmer pflichtversichert oder selbstversichert sind, wird das Versicherungsverhältnis durch die Mitgliedschaft überdeckt.

a) Mitglied einer Berufsgenossenschaft ist jeder Unternehmer, dessen Betrieb in den Zuständigkeitsbereich der Genossenschaft fällt und der regelmäßig Versicherungspflichtige beschäftigt oder selbst versichert ist[1]. Reich, Länder, Gemeinden, Gemeindeverbände und andere öffentliche Körperschaften sind Mitglieder nur, soweit sie nicht selbst Träger der Unfallversicherung oder besonderen Trägern zugewiesen sind (vgl. §§ 624 bis 628b, 957, 1119 RVO.). Mitglied minderen Rechts, weil nicht Unternehmer eines Betriebes im technischen Sinne des Unfallversicherungsrechts ist, wer nur eine unfallversicherte Tätigkeit betreibt; bei der See-Berufsgenossenschaft sind die Unternehmer von Kleinbetrieben nicht vollberechtigte Mitglieder (§§ 623ff., 649, 956, 962, 1118ff., 1123). Die Mitgliedschaft der Unternehmer beginnt mit der Eröffnung des versicherten Betriebes oder mit dem nachträglichen Eintritt der Versicherungspflicht eines Betriebes (§§ 650, 965, 1124). Bei Änderungen im Bestande der Berufsgenossenschaften beginnt die Mitgliedschaft bei der nunmehr zuständigen Genossenschaft mit der Wirksamkeit der Änderung; gleichzeitig endet die Mitgliedschaft bei der bisher zuständigen Berufsgenossenschaft. Entsprechendes gilt, wenn ein Betrieb ohne Änderung des Genossenschaftsbestandes von einer Berufsgenossenschaft an eine andere überwiesen wird (s. unten d).

b) Obwohl das Gesetz nicht sehr deutlich davon spricht, endet die Mitgliedschaft mit dem Wegfall des Betriebs oder der Umstände, kraft deren er der Unfallversicherung unterstand. Dann findet ein Löschungsverfahren statt (§§ 670, 969, 1139 RVO.), das dem Überweisungsverfahren (unten d) nachgebildet ist. Hingegen endet die Mitgliedschaft nicht wegen Wechsels in der Person des Unternehmers; der bisherige Unternehmer wird erst nach ordnungsmäßiger Meldung aus der Mitgliedschaft und erst mit Ablauf des Geschäftsjahres aus der Haftung für die Beiträge entlassen (§§ 664, 968, etwas abweichend §§ 1136 bis 1138). Die Mitgliedschaft endet auch nicht, wenn vorübergehend keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigt werden oder der Betrieb stillgelegt wird.

c) Beginn und Ende der Mitgliedschaft beim Träger der Unfallversicherung hängt nicht in gleich enger Weise wie in der Krankenversicherung und anderen Versicherungszweigen von dem Bestand eines bestimmten Arbeitsverhältnisses ab. Die Mitgliedschaft des Unternehmers bei einer Berufsgenossenschaft knüpft sich vielmehr schon an das Vorhandensein des Betriebes, wenn dieser nur seiner Art nach von der Unfallversicherung erfaßt wird und eine versicherungspflichtige Tätigkeit in ihm überhaupt in Betracht kommt (§§ 537ff. RVO.). Dann ist aber das Verhältnis des Betriebsunternehmers zum Versicherungsträger ebenfalls Pflichtmitgliedschaft, die unmittelbar von Gesetzes wegen eintritt. Auch hier bedarf es

[1] Vgl. hierzu JACOBI: Träger S. 43ff.

aber der verwaltungsmäßigen Erfassung des einzelnen Tatbestandes, damit dessen ipso jure eintretende Rechtsfolgen auch ordnungsgemäß gezogen werden können. Hierzu dienen wiederum Meldepflichten, die dem Unternehmer von Gesetzes wegen obliegen, und Auskunftspflichten, die ihm von der Genossenschaft kraft besonderen Gewaltverhältnisses des öffentlichen Rechts auferlegt werden können. Derartige Pflichten sind in der Unfallversicherung besonders reich entwickelt. Mit ihrer Erfüllung geht die amtliche Prüfung der Zuständigkeit des Versicherungsträgers durch diesen selbst und Behörden Hand in Hand. Wer mit einem Betrieb Mitglied einer gewerblichen Berufsgenossenschaft wird, hat dies mit den näheren Umständen und unter Bezeichnung der für zuständig erachteten Berufsgenossenschaft dem Versicherungsamt des Betriebssitzes anzuzeigen (§ 653 RVO., auch Art. 49 bis 52 EG. RVO.). Das Versicherungsamt gibt die Anzeige an den Vorstand der Berufsgenossenschaft weiter, die es für zuständig hält; ist dies eine andere als die in der Anzeige bezeichnete Genossenschaft, so erhält auch der Vorstand der letzteren und der Unternehmer Nachricht (§§ 654f. RVO.). Auf rechtzeitige und vollständige Anzeige kann das Versicherungsamt durch Zwangsstrafen hinwirken (§ 656). Neben den Unternehmern selbst haben Behörden, die bei Begründung versicherter Betriebe durch Erteilung von Erlaubnissen tätig werden, die Berufsgenossenschaften zu benachrichtigen, damit diese den Bestand an zugehörigen Betrieben vollständig ermitteln (§ 656a). Die Mitglieder bez. die zugehörigen Betriebe werden bei der Berufsgenossenschaft durch ein Betriebsverzeichnis ersichtlich gemacht, das der Vorstand zu führen hat (§ 657). Die Aufnahme in dieses Verzeichnis geschieht erst nach Prüfung der Zugehörigkeit (§ 658); bei Streit oder Unklarheit findet ein besonderes Verfahren statt, das bis zum Reichsversicherungsamte führen kann (§§ 659 bis 662). Von dem Betriebsverzeichnis erhalten die Vorstände etwa vorhandener Sektionen (s. § 11 II, S. 108) Auszüge (§ 663 RVO.). Die Mitglieder, die in das Betriebsverzeichnis aufgenommen sind und deren Zugehörigkeit zur Berufsgenossenschaft und gegebenenfalls zu einer Sektion damit festgestellt ist, erhalten einen Mitgliedschein (§ 659). Durch Aushang im Betrieb hat der Unternehmer bekanntzumachen, insbesondere zur Belehrung der Versicherten, welcher Genossenschaft und Sektion der Betrieb angehört und wo deren Geschäftsstelle ist; ist ein landwirtschaftlicher Betrieb ausnahmsweise der Gewerbe-Unfallversicherung unterstellt, so ist im Aushang auch hierauf hinzuweisen (§ 651). Neueröffnete landwirtschaftliche Betriebe hat die Gemeindebehörde durch Vermittlung des Versicherungsamtes dem Genossenschaftsvorstand anzumelden; den Unternehmer selbst trifft in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung keine Anzeigepflicht bei Beginn der Mitgliedschaft (§ 967). Auch Betriebsverzeichnis, Mitgliedschein und Aushang sind hier nicht vorgeschrieben. Sonst ähnelt das Verfahren zur Erfassung der Mitglieder dem der gewerblichen Unfallversicherung. Noch mehr ist das in der See-Unfallversicherung der Fall (§§ 1125, 1132 bis 1134). Weitere Meldepflichten sind bei Wechsel in der Person des Unternehmers, bei Änderungen im Betrieb, die auf die Genossenschaftszuständigkeit Einfluß haben, und bei Betriebsänderungen, die auf die Veranlagung zum Gefahrentarif wirken, vorgesehen (§§ 664 bis 674, 968 bis 970, 1135 bis 1141). Ein Teil dessen, was bei den Krankenkassen zum Inhalt der Meldungen gehört, wird den Berufsgenossenschaften wegen der bei ihnen andersartigen Beitragsgestaltung erst durch die Lohnnachweise bekannt, die die Mitglieder in regelmäßiger Wiederkehr einzureichen haben (§§ 750ff., 1016, 1166ff. RVO.). Die Einhaltung all dieser mitgliedschaftlichen Pflichten ist durch Ordnungsstrafen gesichert, die der Genossenschaftsvorstand verhängen kann (§§ 908f., 1043f., 1220ff.).

d) Da es sich bei den Berufsgenossenschaften nicht um die Zugehörigkeit einzelner versicherter Personen, sondern wegen der bloßen Arbeitgebermitgliedschaft und wegen des fachlichen Aufbaus der Träger um die Zugehörigkeit ganzer Betriebe

mit unter Umständen sehr erheblichem Versicherungsrisiko handelt, ist die richtige Erfassung der Betriebe durch den zuständigen Versicherungsträger und die Möglichkeit der Überweisung bei nachträglicher Klärung oder Änderung der zuständigkeitsbegründenden Umstände besonders sorgfältig geregelt. Der Übereinstimmung der wirklichen Mitgliedschaft mit der generell umschriebenen Zuständigkeit der Berufsgenosenschaft dient die Pflicht der Mitglieder zur Anzeige von Änderungen ihrer Betriebe (§§ 665, 969, 1138 RVO., s. oben). Unabhängig davon hat auch der Genossenschaftsvorstand die Möglichkeit, eine Überweisung von Amts wegen einzuleiten. Sobald er es auf Antrag des Unternehmers oder von sich aus für geboten hält, hat er den Betrieb der nunmehr für zuständig gehaltenen Genossenschaft zu überweisen und diese sowie durch das Versicherungsamt den Unternehmer zu verständigen (§§ 669, 969, 1139 RVO.). Auch kann eine Genossenschaft, der der Betrieb bisher nicht angehörte, die Überweisung an sich beanspruchen (§ 668). Gegen die Überweisung oder ihre Versagung haben die Beteiligten das Recht der Beschwerde; zur Entscheidung ist das Oberversicherungsamt zuständig (§§ 667, 669, 969, 1139). Je nach dem Ausgang des Verfahrens erfolgt die Umschreibung des Betriebs in den Betriebsverzeichnissen; dem Unternehmer wird ein neuer Mitgliedschein ausgestellt, und er muß den Aushang ändern. Über den Zeitpunkt, zu dem die Änderung der Genossenschaftszugehörigkeit wirksam wird, und über den Übergang der Unfallast und die Vermögensauseinandersetzung zwischen den beteiligten Berufsgenossenschaften enthält das Gesetz eingehende Bestimmungen (§§ 671 bis 673, 969, 1139), die zum Teil denen nachgebildet sind, die bei Änderungen im Bestande der Berufsgenossenschaften gelten. Aus diesen Vorschriften ergibt sich unter anderem, daß die Mitgliedschaft bei der bisherigen Genossenschaft nicht unmittelbar von Gesetzes wegen mit der Änderung des Tatbestandes endet, auf den die Mitgliedschaft gegründet war. Dies gilt auch beim Wegfall des Betriebes; die dann eintretende Löschung im Betriebsverzeichnis hat nicht etwa nur deklaratorische Bedeutung (§ 670). Sachlich hat das geringe Folgen, weil ja mit Wegfall des Betriebes keine Arbeitsentgelte mehr gezahlt werden und deshalb der Umlagebetrag nicht weiter wächst.

2. Höchstes Organ der Berufsgenossenschaft ist die Genossenschaftsversammlung, die entweder unmittelbar aus der Gesamtheit der Mitglieder besteht oder aus von diesen gewählten Vertretern zusammengesetzt wird. Die Form der eigentlichen Genossenschaftsversammlung (Vollversammlung) bildet bei gewerblichen Berufsgenossenschaften und der See-Berufsgenossenschaft die gesetzliche Regel. Die Vollversammlung besteht aus sämtlichen vollberechtigten Mitgliedern, d. h. den Unternehmern der versicherten Betriebe. Nur solche Mitglieder oder gesetzliche Vertreter von solchen, die nicht die bürgerlichen Ehrenrechte besitzen, haben kein Stimmrecht (§§ 652, 966, 1126 RVO.). Ein Zwang zur Teilnahme an der Genossenschaftsversammlung ist nicht vorgesehen. Vertretung durch andere stimmberechtigte Genossenschaftsmitglieder oder bevollmächtigte Betriebsleiter ist zulässig (§§ 688, 1146). Zusammensetzung der Genossenschaftsversammlung aus Vertretern der Mitglieder (Vertreterversammlung) ist gesetzlich vorgeschrieben für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (§ 976 Abs. 1); bei den übrigen Genossenschaften kann diese Form durch die Satzung eingeführt werden, die überall das Nähere zu regeln hat (§ 678 Nr. 1, §§ 679, 1144, vgl. § 972 Nr. 4). Die Vertreter werden gewählt. Wahlberechtigt sind sämtliche vollberechtigten Mitglieder, die die bürgerlichen Ehrenrechte besitzen, einschließlich derer, die bei der Genossenschaft versichert sind, ohne regelmäßig einen Versicherungspflichtigen zu beschäftigen[1]. Die Vertretungsmöglichkeit (§§ 688, 1146) wird von der Praxis auch auf die Wahl zur Vertreterversammlung bezogen. Wählbar sind nur solche Unternehmer, die

[1] So zutreffend Jacobi: Träger S. 46ff.

regelmäßig einen bei der Genossenschaft versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, und zwar auch bei eigener Versicherung (§§ 13, 14 Abs. 2 Satz 2 RVO.). Im übrigen gelten auch für die Wahl zur Vertreterversammlung die allgemeinen, bereits bei den Krankenkassen dargestellten Vorschriften der §§ 12, 15ff. RVO. mit der Maßgabe, daß Vorschlagslisten auch vom Vorstand der Genossenschaft aufgestellt werden können (§ 15). Die Gewählten können sich nicht nach eigener Bestimmung (§§ 688, 1146) vertreten lassen; gegebenenfalls rücken die gewählten Stellvertreter ein (§§ 10, 16b). Eine Vertretung der Versicherten, die nicht zugleich Unternehmer sind, in der Genossenschaftsversammlung beider Formen ist nicht vorgesehen.

Die Zuständigkeit der Genossenschaftsversammlung (in ihren beiden Formen) erstreckt sich nur auf die Angelegenheiten, die ihr durch Gesetz oder Satzung zugewiesen sind (vgl. §§ 685, 686 mit §§ 342, 345 RVO.). Dazu gehört die Wahl des Vorstandes (unten 3), die Aufstellung und Änderung der Satzung und der Dienstordnung, die Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung, die jedoch von der Versammlung einem besonderen Ausschuß (bei landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften auch Organen der kommunalen Selbstverwaltung, §§ 977, 1037 RVO.) übertragen werden kann, und die Festsetzung der Pauschbeträge für Zeitverlust und der Reisekostensätze für Organmitglieder (§§ 675, 686, 690, 971, 975, 978, 1142, 1146, 1147). Die Satzung wird der Berufsgenossenschaft nicht bei der Gründung von außen her mitgegeben, sondern erst von der Genossenschafts-(Gründungs-)Versammlung aufgestellt. Ihren Mindestinhalt schreibt § 677 RVO. (bez. §§ 972, 1143) vor[1]. Von den nur zugelassenen Bestimmungen der Satzung ist die Ausgestaltung der Genossenschafts- als Vertreterversammlung (§ 678 Nr. 1, § 1144 RVO.) schon erwähnt, die Einteilung der Genossenschaft in örtliche Sektionen unten (§ 11 II) zu besprechen. Die ebenfalls in der Satzung zulässige und dann näherer Ausführung durch allgemeine Regeln und konkrete Wahlhandlungen bedürftige Einsetzung besonderer Vertrauensmänner als örtlicher Organe der Genossenschaft (§ 678 Nr. 3, §§ 679, 973, 1144 RVO.) ist von geringer Bedeutung. Durchweg bedarf die Satzung und ihre Änderung der Genehmigung des Reichsversicherungsamtes, mit Beschwerdemöglichkeit zum Reichsrat (§§ 681 bis 683, 973, 1144); bei den wenigen Genossenschaften, die nicht über ein Land hinausreichen und für deren Land ein Landesversicherungsamt errichtet ist, tritt dieses bei der Genehmigung an die Stelle des Reichsversicherungsamtes (§§ 723f., 985f.). Das Wichtigste aus der Satzung ist vom Genossenschaftsvorstand im Reichsanzeiger, ausnahmsweise einem anderen Amtsblatt, bekanntzumachen (§§ 684, 974, 1145).

Die Art der Berufung und Beschlußfassung der Genossenschaftsversammlung regelt die Satzung (§ 677 Nr. 4, § 972 Nr. 4, § 1143 Nr. 4 RVO.); indessen kann auf Antrag des Vorstandes das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) nachlassen, daß die Genossenschaftsversammlung schriftlich abstimmt, sowie daß sie entgegen der satzungsmäßigen Befristung ausfällt oder verschoben wird (§§ 688a, 975, 1146). Werden gesetzliche Organe der Berufsgenossenschaften nicht gewählt oder verweigern sie die ihnen obliegende Geschäftsführung, so führt die Aufsichtsbehörde selbst oder durch Beauftragte die Geschäfte der Genossenschaft auf deren Kosten (§§ 689, 975, 1146).

3. Der Vorstand der Berufsgenossenschaft wird auf Grund der Satzung von der Genossenschafts-(Vertreter-)Versammlung gewählt, erstmals sobald dies im Ablauf der Gründungsvorgänge möglich ist (vorher fungiert ein von der Gründungsversammlung gewählter vorläufiger Vorstand, § 676 RVO.), weiterhin für fünfjährige Wahlzeiten (§§ 16, 16a RVO.). Der Vorstand muß ein Kollegium sein; seine

[1] Mustersatzungen des Reichsversicherungsamtes für gewerbliche und für landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften sowie für Zweiganstalten vom 27. März 1912 s. AN. 1912 S. 577ff., geändert und durch eine Musterwahlordnung ergänzt unter dem 18. Juni 1927, AN. S. 358ff.

Größe ergibt sich aus der Satzung (§ 677 Nr. 2, § 972 Nr. 2, § 1143 Nr. 3). Zu Vorstandsmitgliedern gewählt werden können zunächst Mitglieder der Genossenschaft und gewisse ihnen gleichstehende Personen (§§ 687, 13 Abs. 2, §§ 975, 1146), wobei darauf zu sehen ist, daß gegebenenfalls Vertreter der verschiedenen in der Genossenschaft vereinigten Gewerbszweige und Betriebsarten in den Vorstand gelangen (§ 687 Abs. 3). Darüber hinaus kann die Satzung vorsehen, daß auch Vertreter der Versicherten (die ja nicht Mitglieder der Berufsgenossenschaft sind) dem Vorstande mit Stimmrecht angehören; sie werden dann mittelbar durch die für andere Aufgaben gesetzlich vorgesehenen Versichertenvertreter (unten 6) gewählt (§ 687 Abs. 4 RVO.). Die Wahl der übrigen Vorstandsmitglieder vollzieht sich nach den allgemeinen Regeln (§§ 12 bis 16b), wobei als Besonderheit nur zu erwähnen ist, daß Vorschlagslisten (§ 15 Abs. 1) auch von dem bisherigen Vorstand aufgestellt werden können.

Die Zuständigkeit des Vorstandes der Berufsgenossenschaft steht gegenüber der der Genossenschaftsversammlung mehr im Vordergrunde als bei den Krankenkassen gegenüber der des mitgliedschaftlich-demokratischen Hauptorgans. Für den Vorstand streitet die Zuständigkeitsvermutung (§§ 685, 975, 1146 RVO.). Einige Dinge, wie die Personalverwaltung (§§ 698, 978, 1147), sind ihm unentziehbar gesetzlich zugewiesen. Im übrigen bestimmt über seine Rechte und Pflichten die Satzung (§§ 677, 972, 1143, je Nr. 2), die auch seine Ordnungsstrafbefugnis regeln kann (§§ 680, 973, 1144).

Über die Verhandlungsweise des Genossenschaftsvorstandes gilt das beim Kassenvorstand Gesagte (oben II 3).

4. Vom Vorsitzenden des Vorstandes der Berufsgenossenschaft ist im Dritten Buche der RVO. nicht die Rede. Doch muß ein solcher aus technischen Gründen und zur Wahrnehmung der Pflichten und Befugnisse aus §§ 8, 9 RVO. vorhanden sein. Ob er aus dem Kreise der Vorstandsmitglieder von diesen selbst oder schon bei der Wahl von der Genossenschaftsversammlung bestimmt wird, ist in der Satzung zu regeln.

5. Ein besonderes Organ muß die Satzung vorsehen für die Vertretung der Genossenschaft gegenüber dem Vorstand (§ 677 Nr. 7, § 972 Nr. 6, § 1143 Nr. 6 RVO.). Bei dieser Vertretung handelt es sich vorwiegend um die Wahrnehmung vermögensrechtlicher Ansprüche gegen einen Vorstand oder Vorstandsmitglieder, die ihre Pflichten der Genossenschaft gegenüber verletzt haben (vgl. § 23). Die Ausgestaltung dieses außergewöhnlichen Organs bleibt der Satzung überlassen; die Mustersatzung gestattet, daß die Bestellung auf den Bedarfsfall beschränkt wird.

6. Die Einseitigkeit, mit der die Organe der Berufsgenossenschaften aus dem Willen der Mitglieder, d. h. der Arbeitgeber hervorgehen und mit deren Vertretern besetzt sind, die freilich schon bei der Bildung des Vorstandes möglicherweise eine Einschränkung erleidet, läßt sich ohne offenen Verstoß gegen rechtsstaatliche Grundsätze an dem Punkte nicht weiter durchführen, an dem es sich in der Verwaltung der Unfallversicherung um Eingriffe in die Freiheit und um das Schicksal der Rechte der Versicherten handelt. Deshalb ist, allerdings abseits von der allgemeinen Organisation der Berufsgenossenschaften, vorgeschrieben, daß Vertreter der Versicherten mitzuwirken haben bei der Beratung und Beschlußfassung über Unfallverhütungsvorschriften oder Begutachtungen von Schutzvorschriften nach § 120e Abs. 2 GewO., bei der Stellungnahme und Folgenziehung zu den Berichten der technischen Aufsichtsbeamten — und zwar in diesen Fällen paritätisch neben Vorstandsmitgliedern — (§§ 853, 855 bis 857, 1030, 1203 RVO.) und bei der förmlichen Feststellung der Leistungen durch die Genossenschaft, wobei die Beteiligung eines Vertreters der Versicherten genügt und der Satzung die Bestimmung des Näheren überlassen bleibt (§ 1569b RVO., eine Neuerung der V. vom 30. Oktober 1923, erlassen auf Grund des „ersten" Ermächtigungsgesetzes). Für die ersterwähnte

Fallgruppe werden die Versichertenvertreter aus dem Kreise der bei der betreffenden Berufsgenossenschaft versicherten Arbeitnehmer nach einer vom Reichsversicherungsamt erlassenen Wahlordnung (vom 7. Dezember 1927, AN. S. 554) gewählt von einem Teil der Versichertenmitglieder in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten (vgl. § 10 II 1, S. 93). Wegen der Einzelheiten des Wahlrechts kann auf das Gesetz (§§ 858 bis 862, 1030f., etwas abweichend §§ 1204f. RVO.) verwiesen werden. Die Versichertenvertreter erhalten wie sonstige Organpersonen Ersatz für Auslagen und Verdienstentgang oder Zeitverlust (§ 677 Nr. 6, §§ 863, 972 Nr. 7, §§ 1030, 1143 Nr. 7, § 1205).

7. Für die Pflichten der Mitglieder zur Annahme von Organstellungen und zur Ausübung der Organtätigkeiten gilt bei den Berufsgenossenschaften dasselbe wie für die Arbeitgeber bei den Krankenkassen (oben II 5); auch was für die Versichertenvertreter bei den Krankenkassen gilt, dürfte auf die Vertreter der Versicherten im Vorstande der Berufsgenossenschaften, bei der Beschlußfassung über die Unfallverhütungsvorschriften usw. und bei der förmlichen Leistungsfeststellung entsprechend anzuwenden sein. Die Stellung der Organpersonen ist auch bei den Berufsgenossenschaften Ehrenamt mit den früher (II 5) gezeigten Folgen.

Die mitgliedlichen Melde- und Lohnnachweisepflichten des Unfallversicherungsrechts sind bereits im Zusammenhange mit Beginn und Ende der Mitgliedschaft (oben III 1c, d) erwähnt.

Eine Besonderheit der Unfallversicherung sind die Unfallverhütungsvorschriften, zu deren Erlaß die Berufsgenossenschaften verpflichtet sind (§§ 848aff., 1030ff., 1199aff. RVO.), um damit ihrer wichtigen vorbeugenden Aufgabe gerecht zu werden, dafür zu sorgen, daß — soweit das nach dem Stande der Technik und der Heilkunde und nach der Leistungsfähigkeit der Wirtschaft möglich ist — Unfälle verhütet werden und bei Unfällen dem Verletzten eine wirksame erste Hilfe zuteil wird (§§ 848, 1030, 1199). Die Unfallverhütungsvorschriften richten sich an die Mitglieder der Berufsgenossenschaften (Arbeitgeber) wie auch an die Versicherten (Arbeitnehmer). Sie müssen ersteren die Einrichtungen und Anordnungen vorschreiben, die sie zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben, letzteren das Verhalten, das sie zur Verhütung von Unfällen in den Betrieben zu beobachten haben; überdies können sie beiden Verpflichtungen bei Unfällen auferlegen, jenen im Sinne der Bereithaltung und Leistung einer ersten Hilfe, diesen im Sinn eines sachgemäßen Verhaltens (§ 848b). Rechtlich stellen diese Vorschriften allgemeine Anweisungen auf Grund des besonderen öffentlichrechtlichen Gewaltverhältnisses dar, das für die Betriebsunternehmer durch die Mitgliedschaft bei der Genossenschaft, für die Versicherten anstaltsartig durch den Eintritt in den Wirkungskreis der Unfallversicherung begründet ist. Der den Berufsgenossenschaften obliegenden Sorge für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften (§§ 874, 1030, 1209) dienen von ihnen eigens anzustellende technische Aufsichtsbeamte (§§ 857ff., 1030, 1209), die allerdings nicht zu öffentlichem Recht angestellte Beamte im staatsrechtlichen Sinne, sondern bürgerlichrechtliche Angestellte sind. Ihnen haben die Unternehmer den Zutritt zu den Betriebsstätten zu gestatten; sie haben ferner den überwachenden Rechnungsbeamten, die mit den technischen Aufsichtsbeamten personengleich sein können, gewisse Unterlagen zur Einsicht vorzulegen (§§ 876f., 878, 1030, 1210ff., 1213); in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung besteht eine entsprechende Betriebsöffnungspflicht der Unternehmer auch gegenüber beauftragten Mitgliedern der Genossenschaftsorgane (§ 1032). Überdies können Zuwiderhandlungen gegen die Unfallverhütungsvorschriften in diesen mit Geldordnungsstrafen bedroht werden, die gegen Mitglieder höher sind als gegen Versicherte und die gegen Genossenschaftsmitglieder vom Vorstande, gegen Versicherte vom Versicherungsamt festgesetzt werden (§§ 851, 870, 1030, 1201, 1207f.). In all dem tritt das besondere öffentlichrechtliche Gewaltverhältnis der Mitglieder und

der Versicherten zum Versicherungsträger hervor, wobei die Einschaltung des staatlichen oder kommunalen Versicherungsamtes bei der Straffestsetzung gegen die Versicherten sich aus deren grundsätzlicher Nichtbeteiligung an der Organisation der Berufsgenossenschaft erklärt; das Gewaltverhältnis, dem nicht auch eine aktive Teilnahme an der Verwaltung gegenübersteht, soll nicht allzu scharf angespannt werden.

8. Die Berufsgenossenschaften führen Sozialversicherung nicht nur in ihrer gewöhnlichen, auf die Unfallversicherung größerer und dauernder Betriebe zugeschnittenen Verfassung durch, sondern auch durch verschiedene ihnen angegliederte nichtrechtsfähige Anstalten, die durch die berufsgenossenschaftlichen Organe mitverwaltet werden, zum Teil aber auch besondere Organe haben. Solche Anstalten befassen sich als Zweiganstalten (a) mit der Unfallversicherung; außerdem tritt die von der See-Berufsgenossenschaft errichtete Seekasse (b) als Sonderanstalt der Invalidenversicherung auf, die wiederum durch eine besondere Abteilung, die See-Krankenkasse (c), die Krankenversicherung der Seeleute durchführt.

a) Zweiganstalten für Unfallversicherung sind bei den sachlich zuständigen gewerblichen Berufsgenossenschaften vorgesehen für Bauarbeiten, die jemand als Unternehmer nicht gewerbsmäßig, aber auf seine Rechnung ausführen läßt (§ 629 Abs. 1, §§ 783, 785 RVO., vgl. auch den § 633 Abs. 2 Nr. 1 der ursprünglichen Fassung, auf den trotz seiner Abänderung jetzt noch mehrfach verwiesen ist), für die Tätigkeit des nicht gewerbsmäßigen Haltens von Reittieren oder Binnenwasser- und Landfahrzeugen (§ 537 Abs. 1 Nr. 6, 7, § 629 Abs. 2, § 633 Abs. 2 [Nr. 2 alter Fassung], § 836), und bei der See-Berufsgenossenschaft für die Kleinbetriebe der Seeschiffahrt und Seefischerei (§§ 1118, 1120, 1186f.). Aus der Zweckbestimmung ergibt sich der Kreis der einer Zweiganstalt zugehörigen Arbeitgeber oder Unternehmer und der bei ihr versicherten Personen. Eine Zweiganstalt zu errichten, in Gang zu halten und erforderlichenfalls mit Mitteln für den Geschäftsbetrieb auszurüsten ist gesetzliche Pflicht der dafür fachlich in Betracht kommenden Berufsgenossenschaften, gegebenenfalls nach näherer Bestimmung des Reichsrats (§ 629 Abs. 2 Satz 2). Die Zweiganstalten werden grundsätzlich durch die Organe der Genossenschaft verwaltet, der sie angegliedert sind; doch ist von der Genossenschaftsversammlung für die Zweiganstalt eine Nebensatzung zu errichten, und in dieser können besondere Organe für die Zweiganstalt vorgesehen werden (§§ 786, 792, 794, 842, 1189, 1194). Da letzteres bisher nirgends geschehen ist, erübrigt sich die Frage, inwieweit wegen der Einheitlichkeit der juristischen Person die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit der allgemeinen Organe der Berufsgenossenschaft auch für die Anstalt aufrechterhalten werden muß.

b) Die Seekasse ist eine Sonderanstalt der See-Berufsgenossenschaft, die von dieser freiwillig errichtet ist und deren Dasein die Durchführung der Invalidenversicherung der gleichzeitig unfall- und invalidenversicherungspflichtigen seemännischen Arbeitnehmer erleichtert. Sie ist auf Grund gesetzlicher Ermächtigung genehmigt (§§ 1375ff. RVO.). Da an der Beitragsaufbringung die Versicherten beteiligt sind, haben sie auch in den besonderen Organen, nämlich dem Vorstand und der Generalversammlung der Seekasse, Sitz und Stimme. Der Vorstand wird in der Weise gebildet, daß zu den Vorstandsmitgliedern der See-Berufsgenossenschaft in gleicher Zahl von den Versichertenmitgliedern der Generalversammlung gewählte Vertreter der Versicherten hinzutreten. Für die Generalversammlung werden die Vertreter der Arbeitgeber von den Sektionsversammlungen der See-Berufsgenossenschaft, die Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der bei der Kasse versicherten Personen oder befahrener Schiffahrtskundiger durch die vom Reichsversicherungsamte bezeichneten Vorstände der Orts- und Betriebskrankenkassen, Seemannskassen und anderer, zur Wahrung der Interessen von Seeleuten bestimmten Vereinigungen von Seeleuten gewählt. Die Einzelheiten der Organisation und Verwal-

tung der Seekasse regelt deren Satzung, jetzt vom 8. Dezember 1922, mit späteren Nachträgen.

c) Zur Durchführung der durch Gesetz vom 16. Dezember 1927 (RGBl. I S. 337) eingeführten Krankenversicherung der Seeleute ist bei der Seekasse von Gesetzes wegen eine besondere Abteilung unter dem Namen See-Krankenkasse errichtet worden (§§ 476ff. RVO.). Bei ihr werden gegen Krankheit alle Seeleute versichert, die zugleich bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, ferner Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, aber in einem deutschen Hafen vorübergehend auf einem deutschen Seefahrzeug für Rechnung des Reeders mit Diensten an Bord beschäftigt werden (§ 477). Die See-Krankenkasse hat eine eigene, von der Generalversammlung der Seekasse beschlossene und vom Reichsarbeitsminister genehmigte Satzung (vom 22. Dezember 1927, mit späteren Nachträgen). Sie wird verwaltet von den Organen der Seekasse, aus denen jedoch bei der Beschlußfassung in See-Krankenkassenangelegenheiten so viele Reedervertreter ausscheiden, daß die Reedervertreter nur zwei Fünftel und die Vertreter der Versicherten drei Fünftel der Stimmen haben (§ 487a)[1].

Für alle diese Anstalten der Berufsgenosssenschaften ist trotz ihrer Zugehörigkeit zu letzteren als Rechtssubjekten („Trägern" der Anstalt nach dem Ausdruck des Gesetzes in §§ 629, 1120 RVO.) eine gesonderte Vermögensverwaltung und -verwahrung vorgeschrieben (§§ 787f., 842, 1190f., 1379 mit 1372 Nr. I 1, § 488 Abs. 2).

9. Für die unfallversicherte Tätigkeit des nichtgewerbsmäßigen Haltens von Reittieren und Fahrzeugen (§ 537 Abs. 1 Nr. 6, 7 RVO.) sowie neuerdings auch für die Betriebe der Schauspielunternehmungen usw. (Nr. 4d daselbst) und die Betriebe zur Bewachung von Betriebs- und Wohnstätten (Nr. 12 daselbst) hat der frühere Bundesrat und jetzt der Reichsarbeitsminister von der in § 629 Abs. 2 RVO. und in Art. 38 des Gesetzes vom 20. Dezember 1928 (RGBl. I S. 405) enthaltenen Ermächtigung Gebrauch gemacht und an Stelle von Zweiganstalten oder Berufsgenossenschaften eine selbständige, rechtsfähige Versicherungsgenossenschaft als Versicherungsträger eingesetzt. Nach der V. vom 17. Mai 1929 (RGBl. I S. 104) gliedert sie sich in je eine Abteilung für jede der bezeichneten drei Gruppen. Ihre Verfassung ist nach der Bekanntmachung vom 10. Oktober 1912 (ZBl. 1912 S. 787) weitgehend derjenigen der Berufsgenossenschaften nachgebildet, so daß eine ausführliche Darstellung sich erübrigt. Der organisatorische Einfluß liegt auch bei der Versicherungsgenossenschaft nur in den Händen der Arbeitgeber als Mitglieder.

IV. Alleiniger Träger der Knappschaftsversicherung ist die Reichsknappschaft. Zwar werden die Beiträge für die verschiedenen von der knappschaftlichen Versicherung umschlossenen Wagnisse getrennt berechnet (§§ 117ff. RKnG.), wird die Rechnung getrennt für die verschiedenen Zweige und Abteilungen der Versicherung und außerdem bezirksweise geführt (§ 141) und deckt die Leistungen der einzelnen Zweige und Abteilungen nur das dafür aufgebrachte Vermögen (§§ 123f., 132), doch steht hinter der ganzen Knappschaftsversicherung nur eine einzige juristische Person (§§ 7, 8). Die Organisation dieses für sämtliche knappschaftlich versicherte Betriebe des Reichsgebiets (§ 9 Abs. 1) zuständigen Trägers ist aber der Verschiedenheit der Aufgaben angepaßt und gliedert sich nach der Zusammensetzung der Mitgliedschaft aus Arbeitern und Angestellten und nach der örtlichen Verteilung der knappschaftlichen Betriebe in Abteilungen und in Bezirksknappschaften sowie besondere Krankenkassen als Verwaltungsstellen. Die Verwaltungsstellen und Abteilungen in gegenseitiger Durchkreuzung haben besondere, selbstverwaltungsmäßig gebildete Organe. Darüber stehen als zentrale Organe der ganzen Reichsknappschaft der Vorstand und die vereinigten Hauptversammlungen. Die Zusammensetzung aller Organe geht mittelbar zurück auf Urwahlen der Mitglieder. Als Mitglieder der öffentlichen Genossenschaft „Reichsknappschaft" müssen die sämtlichen bei ihr, d. h. einer ihrer Gliederungen, versicherten Menschen und außerdem deren Arbeitgeber angesehen werden; das Gesetz macht von dem Wort „Mitglied" keinen rechtstechnischen Gebrauch, verwendet es vielmehr auch zur Bezeichnung des Versicherungsverhältnisses (z. B. in §§ 28, 49 RKnG., wo von Mitgliedern der Pensionskassen die Rede ist, was mangels Rechtsfähigkeit

[1] Im einzelnen vgl. Alexander Dietze: Das Recht des kranken Seemanns (2. Beitrag zu Lutz Richter: Der Arzt in Recht und Gesellschaft, Leipzig 1929), bes. S. 68ff.

dieser Kassen bedenklich ist). Die mitgliedschaftliche Stellung der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zur Reichsknappschaft ergibt sich aus ihrem organisatorischen Einfluß, hinter den der Einfluß des Reiches, wiewohl stärker entwickelt als der Staatseinfluß auf die Krankenkassen, weit zurücktritt. Innerhalb der Reichsknappschaft (als rechtsfähigen Vereins des öffentlichen Rechts) bilden die einer Gliederung zugehörigen Mitglieder gewissermaßen einen nichtrechtsfähigen Teilverein.

1. Beginn und Ende der Mitgliedschaft ist ebenso wie der Kreis der an der Versicherung beteiligten Personen im RKnG. nicht selbständig geregelt, vielmehr durch Verweisung auf RVO. und AVG. bestimmt, nur daß es sich bei der knappschaftlichen Versicherung eben um Arbeitgeber und Arbeitnehmer von knappschaftlichen Betrieben handeln muß (s. § 7 I A 2 zu a und b, S. 48). Mit der Versicherungspflicht in der Pensionsversicherung der Arbeiter wie der Angestellten (vgl. § 116 der Satzung der Reichsknappschaft) und in der knappschaftlichen Invalidenversicherung trifft stets Versicherungspflicht in der knappschaftlichen Krankenversicherung[1] zusammen, so daß Beginn und Ende der Mitgliedschaft sich nach Krankenversicherungsrecht (oben II 1a und b) richten (§ 15 RKnG.). Auch freiwillige Versicherung in irgendeinem Zweige der Knappschaftsversicherung genügt zum Erwerb und zur Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft bei der Reichsknappschaft (und entsprechend bei ihren Teilgebilden); für die Wahlberechtigung als das ursprünglichste organisatorische Recht der Arbeiter wie der Angestellten setzen § 167 Abs. 1 Satz 1, § 168 Abs. 1 Satz 1 RKnG. nur voraus, daß die Betreffenden irgendwie versichert sind, wobei die Versicherung selbstverständlich bei der Reichsknappschaft bestehen muß. Im § 168 Abs. 1 Satz 1 ist hinzugefügt, daß die Mitglieder der Angestelltenpensionskasse zur Teilnahme an der Wahl berechtigt und auch wählbar sind. Gegenüber der Bestimmung des vorangehenden Halbsatzes bedeutet das inhaltlich nichts Neues, hat vielmehr nur den Wert einer Klarstellung. Während bei den knappschaftlichen Arbeitern die Versicherungspflicht in den Rentenversicherungen (Pensions- und Invalidenversicherung) sich, von nebensächlichen Ausnahmen (§§ 29 bis 31, 101 Abs. 2) abgesehen, mit der Krankenversicherungspflicht vollkommen deckt, reicht bei knappschaftlichen Angestellten die Pensionsversicherungspflicht nach dem Gesetze weiter als die Krankenversicherungspflicht; erst die Satzung hat hier die Gleichstellung gebracht. Deshalb ist die Klarstellung nützlich, daß auch die nur pensionsversicherungspflichtigen Angestellten wahlberechtigt und damit Mitglieder sind. Größeren Wert hat sie jetzt nur für freiwillig pensionsversicherte Angestellte (§§ 53, 77), die nicht zugleich gegen Krankheit bei der Reichsknappschaft versichert sind; auch hier aber ergibt sich Wahlberechtigung und Mitgliedschaft an sich schon daraus, daß diese Angestellten „versichert" sind. Die besondere Hervorhebung erklärt sich wohl daraus, daß die Reichsknappschaft auch Rentenversicherungen durchführt, die sonst nicht genossenschaftlich, sondern anstaltlich organisiert sind, deren gewöhnliche Träger (Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten) also keine Mitglieder haben. Die Mitgliedschaft der pensionsversicherten Arbeiter und Angestellten bei der Reichsknappschaft findet im Gesetz auch dadurch Anerkennung, daß diese Arbeitnehmer der Arbeiter- oder Angestelltenpensionskasse der Reichsknappschaft „als Mitglieder angehören" (§§ 28, 49). Bezug von Leistungen aus der knappschaftlichen Krankenversicherung bringt wie in der allgemeinen Krankenversicherung die Mitgliedschaft nicht zum Erlöschen (§ 311 RVO., oben II 1b). Hingegen genügt der Bezug von Leistungen aus einem Rentenversicherungszweige der Knappschaftsversicherung oder die Zahlung von Anerkennungsgebühren zur Erhaltung der Ansprüche auf Pensionskassenleistungen nicht zur Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft, unerachtet der Wählbarkeit zu gewissen Organen der Knappschaft. Über die Mitgliedschaft oder Wahlberechtigung der Arbeitgeber fehlen gesetzliche Bestimmungen; man wird annehmen müssen, daß eine Person Arbeitgebermitglied der Reichsknappschaft ist, solange sie regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer in einem knappschaftlichen Betriebe beschäftigt, und daß vorübergehendes Stilliegen des Betriebes die Mitgliedschaft nicht aufhebt. Die Meldepflichten der Arbeitgeber sind in der Knappschaftsversicherung ähnlich wie in der Krankenversicherung geregelt (s. II 1d); Einzelheiten bestimmen Satzung und Sondervorschriften (§ 15 Abs. 3, §§ 28, 49, 101 RKnG.).

2. Für die vielerlei Organe der Reichsknappschaft gelten gemeinsame Grundsätze. Jedes Kollegialorgan besteht zu zwei Fünfteln aus Vertretern der Arbeitgeber und zu drei Fünfteln aus Vertretern der Versicherten (§ 147 Abs. 1, § 169 Abs. 1, § 183 RKnG.), wobei der Schlüssel der Einflußverteilung dem außer für die Invalidenversicherung (§ 140 RKnG., § 1387 RVO.) geltenden Beitragsschlüssel (§§ 117, 130 RKnG.) angepaßt ist. Durch die gesamte Organisation der Reichsknappschaft zieht sich die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten hindurch; die entsprechenden Organisationsteile heißen Abteilungen (bei der Pensionsversicherung auch Kassen). Für jede Abteilung sind auch besondere Vertreter der Arbeitgeber vorhanden. Für gemeinsame Angelegenheiten beider Abteilungen treten die beiderseitigen Organe zusammen

[1] Von dem Sonderfall des § 19 RKnG., wonach von früher her bestehende, über den knappschaftlichen Bereich hinausgreifende „gemeinsame Betriebskrankenkassen" für mehrere Betriebe fortbestehen können und dann ihre Mitglieder der knappschaftlichen Krankenversicherung entziehen, kann hier abgesehen werden.

als vereinigte Organe. Bei Abstimmungen in diesen haben die Mitglieder des Angestelltenorgans ein Sechstel der Stimmen, die dem Arbeiterorgan zustehen; dies gilt auch für die Vertreter der Arbeitgeber (§§ 148, 152, 162, 170, 173, 179, 183 RKnG.). Sämtliche Mitglieder aller Organe werden in mehrstufigem Wahlverfahren aus der Gesamtheit der Mitglieder der Reichsknappschaft gewonnen. Für alle Wahlen gilt, daß sie nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf Grund von Vorschlagslisten wirtschaftlicher Vereinigungen vorgenommen werden (§ 146 Abs. 2, §§ 160, 165 Abs. 3, 4, §§ 171, 183). Dabei sind auf Arbeitnehmerseite wirtschaftliche Vereinigungen im Sinne des RKnG. solche Verbände, die einem Gesamtverband angehören, der als Benennungskörper für den Vorläufigen Reichswirtschaftsrat (V. vom 4. Mai 1920, RGBl. S. 858) anerkannt ist (§ 184 RKnG.); für die Arbeitgeberseite fehlt eine entsprechende Bestimmung, so daß jede wirtschaftliche Vereinigung von Arbeitgebern Wahlvorschlagslisten vorlegen kann. Die Vorschrift des § 184 RKnG. verschafft den Arbeitnehmergewerkschaften bestimmter Richtungen eine gewisse Monopolstellung; ihre oft behauptete Verfassungswidrigkeit kann aber nicht nachgewiesen werden. Für alle Organpersonen werden zugleich Ersatzmänner gewählt (§ 147 Abs. 2, § 169 Abs. 2, § 183 RKnG., § 56 der Satzung). Die Wahlzeit dauert für alle Organpersonen der Knappschaftsversicherung wie in der ganzen Sozialversicherung seit dem G. vom 8. April 1927 fünf Jahre; sie endet mit dem Schlusse des jeweils fünften Kalenderjahres, jedoch mit Weiterführung des Amtes bis zum Eintritt des Neugewählten. Wiederwahl ist zulässig. Die Urwahl der Ältesten (unten 6) ist vor dem Schlusse der laufenden Wahlzeit durchzuführen; hieran schließen die übrigen Wahlen sich nach Beendigung der früheren Wahlzeit unverzüglich an (§§ 184a, 184b RKnG.). Die Wahlberechtigung zu den einzelnen Organen ist verschieden geregelt (s. unten). Für die Wählbarkeit innerhalb der Bezirksknappschaften enthält § 166 RKnG. Vorschriften, die wohl auch bei den Wahlen zu den zentralen Organen der Reichsknappschaft beachtet werden müssen. Ergänzende Bestimmungen finden sich in Satzung, Sondervorschriften und Wahlordnungen.

Trotzdem die Reichsknappschaft selbstverwaltungsmäßig von der Mitgliedschaft her organisiert ist, empfiehlt es sich der Übersichtlichkeit wegen, in absteigender Ordnung zunächst die Zentralorgane der Reichsknappschaft (3), sodann die Kollegialorgane der Bezirksknappschaften (4) und der besonderen Krankenkassen (5) und schließlich die Ältesten (6) zu betrachten. Darauf folgt die Erwähnung der Mitgliederpflichten (7).

3. Die zentralen Organe der Reichsknappschaft — Hauptversammlungen (a), Vorstände (b), Vorsitzende (c) — ähneln weitgehend denen der Krankenkassen — Ausschuß, Vorstand, Vorsitzender —, nur daß sie in der Doppelung als Abteilungsorgane und vereinigte Organe auftreten.

a) Die Hauptversammlung der Arbeiterabteilung besteht nach der Satzung aus 60, die der Angestelltenabteilung aus 10 Mitgliedern, die sich nach dem allgemeinen Schlüssel von 2/5 zu 3/5 auf die Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer verteilen. Ihre Wahl geschieht getrennt durch die Vertreter der einzelnen Gruppen in den Bezirksversammlungen (§ 160 RKnG.), wobei die Vertreter der gleichen Gruppe in sämtlichen Bezirksversammlungen einen einheitlichen Wahlkörper bilden, die Stimmen aus den einzelnen Bezirksversammlungen jedoch mit der Zahl der bezirklichen Mitglieder in der Arbeiterpensionskasse oder Angestelltenpensionskasse gewertet werden (§§ 24, 28 der Satzung). Wählbar sind in Anwendung des § 149 RKnG. auf der Arbeitgeberseite alle knappschaftlichen Arbeitgeber und die Leiter knappschaftlicher Betriebe usw. (§ 166 Abs. 3), auf der Arbeitnehmerseite Knappschafts- und Angestelltenälteste sowie zu einem Drittel der zu Wählenden sonstige Mitglieder der Reichsknappschaft oder ehemalige Mitglieder der Reichsknappschaft oder der früheren Knappschaftsvereine, letztere dafern sie freiwillige Beiträge zur Krankenversicherung oder Pensionsversicherung oder Anerkennungsgebühren zur Erhaltung der Ansprüche auf Pensionskassenleistungen zahlen. Die vereinigten Hauptversammlungen der Reichsknappschaft bestehen aus sämtlichen Mitgliedern der Abteilungshauptversammlungen; ein Ausscheiden überzähliger Mitglieder der Hauptversammlung für Angestelltenangelegenheiten bei der Abstimmung wegen Überschreitung eines Siebentels der Gesamtstimmenzahl kommt praktisch nicht in Frage, weil die Stärke beider Abteilungshauptversammlungen durch die Satzung entsprechend bemessen ist (§ 162 Abs. 2, 3 RKnG.). Die Zuständigkeit der Hauptversammlungen erstreckt sich gesetzlich auf Erlaß und Änderung der Satzung, Wahl der Abteilungsvorstände und die Wahl dreier Ausschüsse, die zur Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung, zur Vertretung der Reichsknappschaft gegen Vorstandsmitglieder und Angestellte und zur Begutachtung allgemeiner knappschaftlicher Fragen zuständig sind und wie die Ausschüsse des Vorstandes zusammengesetzt und gewählt werden (§ 161 RKnG.). Für Angelegenheiten einer Abteilung ist deren Hauptversammlung zuständig, die demgemäß technisch „Hauptversammlung für Arbeiterangelegenheiten" bez. „für Angestelltenangelegenheiten" heißt; für darüber hinausgehende, gemeinsame Angelegenheiten sind die „vereinigten Hauptversammlungen" zuständig (§ 162). Die wichtigste Befugnis der Hauptversammlungen und der wichtigste Akt des genossenschaftlichen Lebens der Reichsknappschaft überhaupt ist die Gestaltung der Satzung, bei der die Abteilungshauptversammlungen und die vereinigten Hauptversammlungen zusammenwirken. Den Mindestinhalt der Satzung schreibt § 11 RKnG. vor; zahlreiche weitere Punkte sind der Satzung durch andere Vorschriften zur Regelung über-

wiesen. Die Satzung bedarf der Bestätigung durch den Reichsarbeitsminister (§ 12), die rechtlich der Genehmigung der Krankenkassensatzungen entspricht. Für die Bezirksknappschaften und die besonderen Krankenkassen wird die Satzung ergänzt durch Sondervorschriften, die die Untergliederungen erlassen und die der Genehmigung der Reichsknappschaft (des Vorstandes, § 30 der Satzung) bedürfen (§ 13 RKnG.). Der rechtliche Charakter der Satzung ist der gleiche wie bei den Krankenkassen. Die geltende Satzung ist am 23. November 1926 beschlossen, am 31. Mai 1927 vom Reichsarbeitsminister bestätigt und mehrfach, zuletzt unter dem 16. Januar 1931 (Bestätigung vom 24. Januar 1931), geändert worden. Beschlußfassungen und Wahlen in den Hauptversammlungen bedürfen einfacher Stimmenmehrheit (§ 162 Abs. 1 RKnG.); den Vorsitz führt der Vorsitzende des entsprechenden Vorstands (§ 162 Abs. 2 Satz 2, § 164).

b) Jede Abteilung hat einen Abteilungsvorstand. Seine Stärke ergibt sich aus der Satzung. Im Abteilungsvorstand für Arbeiterangelegenheiten besteht die Besonderheit, daß die Gruppen der Arbeiter und der Arbeitgeber durch je zwölf Personen vertreten sind, von denen aber jeder Vertreter der Arbeiter drei, jeder Vertreter der Arbeitgeber zwei Stimmen hat, so daß im ganzen 60 Stimmen (wie in der Hauptversammlung für Arbeiterangelegenheiten) im Verhältnis 3/5 zu 2/5 vorhanden sind (§ 13 der Satzung). Der Abteilungsvorstand für Angestelltenangelegenheiten besteht aus sechs Vertretern der Angestellten und vier Vertretern der Arbeitgeber (§ 17 der Satzung). Die Mitglieder der Abteilungsvorstände werden von den Hauptversammlungen nach § 149 RKnG. gewählt. Wählbar sind auf Arbeitgeberseite knappschaftliche Arbeitgeber, Betriebsleiter usw. (§ 166 Abs. 3), auf Arbeitnehmerseite zunächst Knappschafts- und Angestelltenälteste; zwei Drittel der Mitglieder jedes Abteilungsvorstandes müssen solche Älteste sein. Das letzte Drittel der Arbeiter- oder Angestelltenvertreter kann aus sonstigen gegenwärtigen oder ehemaligen Knappschaftsmitgliedern entnommen werden, die den bei der Wahl zur Hauptversammlung erwähnten Voraussetzungen entsprechen. Unverträglichkeit der Ämter in Vorstand und Hauptversammlung oder in beiden Abteilungsvorständen (nur auf Arbeitgeberseite möglich, vgl. § 4 Abs. 3 Satz 3 der Satzung) ist nicht vorgeschrieben. Der gemeinsame Vorstand der gesamten Reichsknappschaft, im Gesetz einfach „Vorstand" genannt, besteht aus den Mitgliedern der Abteilungsvorstände; für Abstimmungen ist das Stimmverhältnis der Abteilungen zu beachten (s. § 4 der Satzung). Die Zuständigkeiten sind zwischen Vorstand und Abteilungsvorständen durch Gesetz und Satzung verteilt. Der gemeinsame Vorstand insbesondere vertritt die Reichsknappschaft nach außen, führt die gemeinsamen Geschäfte, die über den Wirkungskreis einer Abteilung hinausgehen, entscheidet bei Streit über die Zuständigkeit und überwacht den Geschäftsgang. Die Abteilungsvorstände führen selbständig die Geschäfte ihrer Abteilungen (§§ 151, 152 RKnG.). Bemerkenswert für das Verhältnis der Organe zueinander ist, daß das Gesetz bei den Hauptversammlungen von Angelegenheiten, bei den Vorständen minder gewichtig von Geschäften spricht, so daß jenen das Grundsätzliche, die Leitung, diesen die Ausführung zukommt. Zu seiner Entlastung kann jeder Vorstand die Erledigung bestimmter Aufgaben besonderen Ausschüssen übertragen, die wiederum nach dem allgemeinen Schlüssel aus Vertretern beider Gruppen bestehen und von den Vorstandsmitgliedern nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aus ihrer Mitte gewählt werden (§ 156). Überdies hat die Satzung (§ 7) gemäß § 157 RKnG. dem Vorstand, nicht auch den Abteilungsvorständen, gestattet, die Besorgung laufender Geschäfte einzelnen Vorstandsmitgliedern oder leitenden Angestellten zu übertragen[1]. Die Vorstände beschließen und wählen im allgemeinen mit einfacher Stimmenmehrheit; für einzelne Angelegenheiten ist jedoch getrennte Abstimmung beider Gruppen, für alle die Möglichkeit einer Wiederholungsabstimmung und der Anrufung des Reichsarbeitsministers (anstaltliches Moment) vorgesehen (§ 155 RKnG.).

c) Seinen Vorsitzenden sowie zwei Stellvertreter für ihn wählt jeder Vorstand aus seiner Mitte, der gemeinsame Vorstand also in gemeinsamer Wahlhandlung. Vorsitzender und Stellvertreter müssen den verschiedenen Gruppen angehören; nötigenfalls wechselt der Vorsitz jahrweise ab (§ 163 RKnG.). Dem Vorsitzenden obliegt außer der Leitung seines Organs und der entsprechenden Hauptversammlung die Verhängung von Ordnungsstrafen gegen säumige Vorstandsmitglieder (§ 154) und die Beanstandung rechtswidriger Organbeschlüsse bei der Aufsichtsbehörde (§ 159), wobei bemerkenswert ist, daß der Vorsitzende eines Abteilungsvorstandes nicht erst die Reichsknappschaft als ganzes mit der Sache zu befassen hat.

4. Bei den Bezirksknappschaften, deren nach § 29 der Satzung sechzehn je für ein Bergbaugebiet bestehen, finden sich als Organe Bezirksversammlungen (a), Vorstände (b) und Vorsitzende (c), ebenfalls als Abteilungs- und als vereinigte Organe.

---

[1] Für die Auswahl des — nicht zu den Organen des Versicherungsträgers gehörenden — Verwaltungspersonals gilt bei der Reichsknappschaft in der Zentrale (§ 157 Satz 2, 3 RKnG.) wie in den Bezirksknappschaften (§ 180 Abs. 3) und besonderen Krankenkassen (§ 183) die Besonderheit, daß auf leitende Stellen möglichst je ein Vertrauensmann der versicherten Arbeiter und Angestellten nach Vorschlägen wirtschaftlicher Vereinigungen der Arbeitnehmer zu übernehmen ist — ideell ein Hinüberreichen des Selbstverwaltungseinflusses der Mitglieder durch die Organe hindurch in den technischen Apparat, praktisch eine Verstärkung des Gewerkschaftseinflusses.

a) Die Bezirksversammlungen bestehen abteilungsweise und sind aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten nach dem allgemeinen Schlüssel zusammengesetzt. Die Vertreter der Arbeitgeber werden von den knappschaftlichen Arbeitgebern aus deren Mitte gewählt; wählbar sind außer persönlichen Arbeitgebern auch Personen, die mit der Leitung knappschaftlich versicherter Betriebe betraut oder in der Verwaltung dieser Betriebe angestellt oder die Mitglieder des Aufsichtsrates einer landesrechtlichen (bergrechtlichen) Gewerkschaft, einer Aktiengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung sind, die knappschaftliche Unternehmungen betreibt (§ 166 Abs. 3 RKnG.). Die Vertreter der Versicherten in der Bezirksversammlung werden von den Knappschaftsältesten oder Angestelltenältesten aus deren Mitte gewählt (§ 177 Abs. 1). Wählbar zu allen Ämtern bei den Bezirksknappschaften sind nur volljährige Deutsche, die überdies die satzungsmäßigen Voraussetzungen erfüllen müssen und nicht zur Bekleidung öffentlicher Ämter unfähig oder infolge gerichtlicher Anordnung in der Vermögensverfügung beschränkt sein dürfen (§ 166 Abs. 1, 2). Eine außergewöhnliche Erscheinung ist die Möglichkeit individueller gewillkürter Stellvertretung der Organpersonen in den Bezirksversammlungen (§ 177 Abs. 2). Für Angelegenheiten, die über den Wirkungskreis der Bezirksversammlung einer Abteilung hinausgehen, treten beide Versammlungen als „vereinigte Bezirksversammlungen" zusammen (§ 179 mit § 162). Zuständig sind die Bezirksversammlungen gesetzlich für die Wahl der Vertreter zu den Hauptversammlungen, für Erlaß und Änderung der Sondervorschriften und für die Wahl eines Ausschusses zur Prüfung und Abnahme der Krankenkassenjahresrechnung (§ 178), darüber hinaus nach Satzung und Sondervorschrift. Für die Verhandlungsweise der Bezirksversammlungen gilt das gleiche wie für die Hauptversammlungen (§ 179).

b) Auch bei den Bezirksknappschaften finden sich Abteilungsvorstände. Ihre zahlenmäßige Stärke bestimmen die Sondervorschriften (§§ 42, 49 der Satzung). Ihre Mitglieder werden von den Bezirksversammlungen in getrennten Gruppen gewählt. Für die Wählbarkeit der Arbeitgebervertreter gilt dasselbe wie zur Bezirksversammlung. Von den Versichertenvertretern müssen zwei Drittel Älteste sein; der Rest kann sonstigen gegenwärtigen oder ehemaligen Mitgliedern der Bezirksknappschaft nach § 149 Satz 3 RKnG. entnommen werden (§ 171 RKnG.). Der vereinigte „Vorstand" der Bezirksknappschaft besteht aus den Mitgliedern beider Abteilungsvorstände unter Beachtung des allgemeinen Stimmverhältnisses (§ 170). Zuständig sind die Vorstände in gegenseitiger Ergänzung für die Besorgung der Geschäfte der Bezirksknappschaft, d. h. der bezirklichen Geschäfte der Reichsknappschaft, die nicht anderen Organen zugewiesen sind (§§ 172, 173). In beschränktem Umfang haben die Bezirksvorstände die Reichsknappschaft auch nach außen hin zu vertreten (§ 182); zu ihrer Legitimation erhalten sie eine Bescheinigung der Reichsknappschaft über ihre Zusammensetzung (§ 176). Ähnlich wie die zentralen Vorstände können die Bezirksvorstände sich durch Bildung eines Ausschusses zur Entscheidung über Pensionskassenleistungen und durch Übertragung laufender Geschäfte auf einzelne Vorstandsmitglieder oder leitende Angestellte entlasten (§ 180). Die Beschlußfassung der Bezirksvorstände ist ähnlich wie die der zentralen Vorstände geregelt (§ 175 mit § 155). Ordnungsstrafen gegen säumige Mitglieder der Bezirksvorstände werden vom Vorstand der Reichsknappschaft verhängt (§ 174).

c) Für die Vorsitzenden der Vorstände bei den Bezirksknappschaften gilt Entsprechendes wie bei der Reichsknappschaft (§§ 181, 173 Abs. 3 RKnG.), nur daß die Ordnungsstrafgewalt gegen andere Vorstandsmitglieder hier wegfällt.

5. Für die Organisation der besonderen Krankenkassen, die unter den Voraussetzungen des § 18 RKnG. zur Durchführung der knappschaftlichen Krankenversicherung für einzelne Betriebe oder Betriebsgruppen errichtet werden können, gilt grundsätzlich das gleiche wie für die Bezirksknappschaften, soweit nicht der beschränktere Aufgabenkreis Abweichungen erfordert (z. B. kein Ausschuß nach § 180 Abs. 1 Satz 2). Insbesondere müssen besondere Krankenkassen besondere Hauptversammlungen und Vorstände haben (§ 165 Abs. 2), und zwar wegen der allgemeinen Verweisung in § 183 ebenfalls in abteilungsweiser Trennung und unter Umständen gemeinsamer Funktion[1]. In Abweichung von der gewöhnlichen Verfassung kann bestimmt werden, daß an der Hauptversammlung der besonderen Krankenkasse statt Vertretern der Versicherten sämtliche Versicherte teilnehmen, die volljährig und denen die bürgerlichen Ehrenrechte nicht aberkannt sind (§ 183 Nr. 2 RKnG.).

---

[1] Da die Reichsknappschaft in den Hauptversammlungen für Angestelltenangelegenheiten am 15. Dezember 1926 und 18. März 1927 gemäß § 17 Abs. 4 RKnG. beschlossen hat, daß die Krankenversicherung der Angestellten gemeinsam für alle Bezirksknappschaften durchgeführt wird, erledigt sich die Bildung von Organen für Angestelltenangelegenheiten bei den besonderen Krankenkassen und auch die gemeinsame Durchführung der Krankenversicherung der Arbeiter und Angestellten bei Bezirksknappschaften oder besonderen Krankenkassen (§ 17 Abs. 3). Nicht aber erledigt sich jede Zuständigkeit der Bezirksknappschaften in Sachen der Krankenversicherung der Angestellten, weil trotz Bestehens der Angestelltenkrankenkasse der Reichsknappschaft die Bezirksknappschaften im Auftrage des Abteilungsvorstandes für Angestelltenangelegenheiten an der Durchführung mitzuwirken haben (§§ 3 bis 5 des erwähnten Beschlusses, Anlage 3 zur Satzung der Reichsknappschaft).

6. Eine eigentümliche Hilfsstellung zur Reichsknappschaft, vergleichbar derjenigen der Vertrauensmänner bei den Berufsgenossenschaften (§ 678 Nr. 3 RVO., oben III 2) und der Vertrauensmänner der Angestelltenversicherung (§§ 118ff. AVG. s. § 10 III 1, S. 96), nehmen die Knappschaftsältesten und Angestelltenältesten ein. Der § 165 RKnG. führt sie in vorsichtiger Wendung bei den Organen der Bezirksknappschaften auf, übrigens ohne für diese hier das Wort „Organ" überhaupt zu verwenden (vgl. damit die Fassung des § 146 Abs. 1 RKnG.). In Wahrheit sind die Ältesten Organe der ganzen Knappschaft und auf Arbeitnehmerseite insofern von ausschlaggebender Bedeutung, als nur sie in Urwahlen der Versicherten gewählt werden und durch sie aller weitere Selbstverwaltungseinfluß (außer bei besonderen Krankenkassen, wenn hier die Versicherten selbst an der Hauptversammlung teilnehmen) hindurchgeht. Ihre organschaftliche Aufgabe besteht hauptsächlich in der Wahl der Versichertenvertreter für die Bezirksversammlungen (§ 177). Außerdem haben sie nach näherer Vorschrift der Satzung, der Sondervorschriften und besonderer vom Bezirksvorstand aufgestellter und vom zentralen Vorstand genehmigter Dienstanweisungen das Recht und die Pflicht, die Befolgung der Satzung und der Sondervorschriften durch die Versicherten zu überwachen und die Rechte der Versicherten gegenüber der Reichsknappschaft wahrzunehmen (§ 167 Abs. 3, 4, § 168 Abs. 2), sind also Vertrauensmittler zwischen dem Versicherungsträger und seinen Mitgliedern. Die Ältesten werden gewählt in kleinen örtlichen Bezirken, Sprengeln genannt, die sich für die Wahlen der Knappschafts-(Arbeiter-) und der Angestelltenältesten nicht zu decken brauchen (vgl. § 56 der Satzung); zwischen Gewählten und Wählern soll enge Fühlung bestehen. Wahlberechtigt sind die volljährigen Versicherten, denen die bürgerlichen Ehrenrechte nicht aberkannt sind; für die Wahl der Angestelltenältesten ist besonders hervorgehoben, daß auch die bloß bei der Angestelltenpensionskasse versicherten Mitglieder der Reichsknappschaft wahlberechtigt sind (§ 167 Abs. 1, § 168 Abs. 1 Satz 1 RKnG.). Die Wählbarkeitsvoraussetzungen sind gesetzlich die gleichen wie für die Vertreter in den Bezirksversammlungen (§ 166 Abs. 1, 2). Außerdem müssen die zu Wählenden sprengelweise aus der Mitte der Wahlberechtigten entnommen werden, Mitglieder der Arbeiter- oder Angestelltenpensionskasse sein (oder als Knappschaftsinvaliden, Angestellteninvaliden oder Empfänger von Ruhegeld der Angestelltenversicherung Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zur knappschaftlichen Krankenversicherung zahlen), der deutschen Sprache mächtig sein und den besonderen Erfordernissen der Satzung (vgl. deren § 57) genügen (§ 167 Abs. 1, 2, § 168 Abs. 1 RKnG.). Die Sprengelwahlgruppen werden durch den Bezirksabteilungsvorstand bestimmt (§ 58 der Satzung); für besondere Krankenkassen können die Sondervorschriften bestimmen, daß die Ältesten bei ihnen gewählt werden. Ist das geschehen, so sind die Ältesten zugleich Älteste für die besondere Krankenkasse. Aber auch im anderen Falle werden keine besonderen Ältesten für die Kasse gewählt, gilt vielmehr die Wahl in der Bezirksknappschaft auch für die Krankenkasse (§ 183 Nr. 1 RKnG.). Die Vertreter der Versicherten in der Hauptversammlung der Kasse werden also von den ohnehin vorhandenen Ältesten aus deren Mitte und, wie wohl angenommen werden muß, aus dem Kreise der bei der Kasse Versicherten gewählt, dafern nicht sämtliche volljährige Versicherte an der Versammlung teilnehmen (§ 183 Nr. 2).

7. Die Pflichten der Mitglieder der Reichsknappschaft gleichen in den Grundzügen denen der übrigen genossenschaftlichen Versicherungsträger. Eine Pflicht zur Annahme von knappschaftlichen Organstellungen ist nirgends vorgesehen, auch die Ablehnung der Wahl in Gesetz und Satzung nicht geregelt. Die Pflicht zur Ausübung des Amtes ist nur bei den Mitgliedern der Vorstände durch Ordnungsstrafen gesichert (§§ 154, 174, 183 RKnG.). Die Organstellung ist Ehrenamt und im wesentlichen so wie in der RVO. geregelt (§§ 153, 173 Abs. 3, §§ 183, 233 RKnG. mit §§ 139ff. RVO.). Auch die Ordnungspflichten der Arbeitgeber und der Versicherten entsprechen denen in der Kranken- und in der Invalidenversicherung (§ 233 RKnG., vgl. oben II 5).

§ 10. Innere Verfassung der anstaltlichen Versicherungsträger.

I. Die zweite für Versicherungsträger verwendete Organisationsform (neben der genossenschaftlichen) ist die anstaltliche. Ihr gibt das deutsche Sozialversicherungsrecht dort den Vorzug, wo gegenüber der Selbstverwaltung der unmittelbar Beteiligten den öffentlichen Gemeinwesen oder sonstigen über den Kreis der Nächststehenden hinausgehenden Verbänden ein größerer Einfluß gewahrt werden soll, sei es wegen der Anhäufung großer Vermögensmassen in den Händen des Versicherungsträgers (bei der Rentenversicherung), sei es wegen sonstiger bedeutender Interessen einer größeren Allgemeinheit an der Aufgabe des Versicherungsträgers (bei Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung sowie bei öffentlichen Verbänden als Arbeitgebern), sei es wegen der Geringfügigkeit oder Flüchtigkeit des Interesses der Beteiligten selbst (bei unfallversicherten Tätigkeiten). Die anstaltlichen Versiche-

rungsträger sind entweder mit Rechtsfähigkeit ausgerüstet oder bestehen als unselbständige Anstalten. Die letzteren sind hier nicht weiter zu untersuchen. Soweit sie genossenschaftlichen Trägern angegliedert sind, wurden sie schon im § 9 erwähnt. Soweit öffentliche Gemeinwesen (Reich, Länder, Gemeinden) oder ohnehin bestehende öffentliche Verbände (Gemeindeverbände, Deutsche Reichsbahn-Gesellschaft usw.) Sozialversicherung, insbesondere die Unfallversicherung ihrer eigenen Arbeitnehmer, durchzuführen haben, kann man sich das so vorstellen, daß sie es durch eine unselbständige öffentliche Anstalt tun; sie müssen dafür Ausführungsbehörden haben (§§ 892, 1033, 1218 RVO.), denen die Funktionen zufallen, die sonst die Organe der Berufsgenossenschaften wahrnehmen; auch darauf bedarf es keines näheren Eingehens. Darzustellen ist hier nur noch die Verfassung der Versicherungsanstalten, die Träger der Invalidenversicherung sind (II), der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (III) und der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (IV), je unter Erwähnung einiger damit in Verbindung stehender Sonderträgerschaften. Landesversicherungsanstalten und Reichsversicherungsanstalt verfügen als Träger eigentlicher Rentenversicherungen mit langfristigen Risiken über große Kapitalien und dürften deshalb zu Anstalten mit starkem Staatseinfluß gemacht sein. Umgekehrt ist die Reichsanstalt bei ihrer finanziellen Konstruktion von vornherein in erheblichem Maß auf Mittel angewiesen, die nicht nach versicherungstechnischen Grundsätzen von den Beteiligten aufgebracht werden; überdies ist an der Erledigung ihrer Aufgabe mindestens nach der Seite der Arbeitsvermittlung und Arbeitsmarktbeeinflussung die Allgemeinheit stark interessiert, so daß ein Reichseinfluß über die Genossenschaftsaufsicht hinaus erforderlich erscheint. Die Größe und Wichtigkeit der Aufgabe und das Bedürfnis nach Vermögenssonderung hat jedoch zur Ausrüstung dieser Anstalten mit Rechtsfähigkeit, der Selbstverwaltungsgedanke zur Einräumung von Mitwirkungsrechten an die Beteiligten geführt. In der folgenden Darstellung ist der in der Verfassung der anstaltlichen Versicherungsträger ineinandergreifende Einfluß der Muttergemeinwesen und der Angehörigen zu scheiden, sind ferner die Pflichten der Angehörigen zu erwähnen. Wegen der Verschiedenheit der Organisation im einzelnen sind die drei genannten Arten von Versicherungsträgern getrennt zu behandeln.

II. Die Landesversicherungsanstalten (im Gesetzestext nur Versicherungsanstalten genannt) haben zu Organen den Ausschuß (1), den Vorstand (2) und den Vorsitzenden des Vorstandes (3). Der Ausschuß repräsentiert die Angehörigen der Anstalt, der Vorsitzende wird vom Muttergemeinwesen gestellt, im Vorstand fließen die beiderseitigen Einflüsse ineinander. Im ganzen überwiegt das anstaltliche über das genossenschaftliche Element, weil der Vorstand die Vermutung der Zuständigkeit für sich hat und seine Geschäfte von den beamteten, vom Muttergemeinwesen gestellten Mitgliedern geführt werden.

1. Der Ausschuß besteht zu gleichen Teilen aus Vertretern der beteiligten Arbeitgeber und Versicherten, deren Zahl die Satzung bestimmt (mindestens zehn) und die sich auf Gewerbe und Landwirtschaft verteilen müssen (§ 1351 RVO.). Beteiligte Arbeitgeber und Versicherte sind diejenigen, deren Arbeitnehmer oder die selbst bei der Anstalt versichert sind, weil sie im örtlichen Bezirke der Anstalt beschäftigt sind (§ 1329). Die Mitglieder des Ausschusses werden gewählt, aber nicht wie bei den Genossenschaften von den Beteiligten selbst, die zur Versicherungsanstalt in einem loseren Verhältnis als die Genossenschaftsmitglieder stehen, ihrer Person nach dem Versicherungsträger nicht allgemein bekannt (oder gar durch Listen evident gemacht) und nur unter praktisch unüberwindlichen Schwierigkeiten zu ermitteln sind und demgemäß nur als Angehörige des anstaltlichen Trägers anzusehen sind. Vielmehr erfolgt die Wahl mittelbar. Zur Gewinnung der Arbeitgebervertreter im Ausschuß wird für das Gewerbe (einschließlich der Seefahrt) für jede Versicherungsanstalt eine Vertrauensberufsgenossenschaft (oder

Vertrauensausführungsbehörde) aus dem Kreise derjenigen Unfallversicherungsträger bestimmt, deren Versicherte in den Zuständigkeitsbereich der Anstalt fallen; der Vorstand dieses Unfallversicherungsträgers wählt die Ausschußmitglieder aus dem Gewerbe. Die Arbeitgebermitglieder des Ausschusses aus der Landwirtschaft werden von den Vorständen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gewählt, deren Bezirk sich mit dem der Landesversicherungsanstalt deckt. oder überschneidet (§ 1351 b). Die Vertreter der Versicherten im Ausschuß werden von den Personen gewählt, die für die Wahl der Versichertenvertreter bei den zum Bezirke der Versicherungsanstalt gehörigen Versicherungsämtern (s. § 28 I A 1) wahlberechtigt sind (§ 1351 a RVO.). Das sind die arbeitnehmerseitigen Ausschußmitglieder der Krankenkasesen und Vorstandsmitglieder oder sonstigen Arbeitnehmervertreter der Ersatzkassen der Krankenversicherung, die im Versicherungsamtsbezirk eine ausreichende Mitgliederzahl haben (§§ 42, 44 RVO.). Die Stimmenzahl jeder Kasse richtet sich nach ihrer Mitgliederzahl im Versicherungsamtsbezirk und wird unter die Wahlberechtigten der Kasse gleichmäßig verteilt; die hiernach vor der Wahl der Versichertenvertreter beim Versicherungsamte festgesetzte Stimmenzahl gilt auch für die Wahl der Versichertenmitglieder im Ausschuß der Landesversicherungsanstalt (§§ 43, 1351 a)[1]. Die Wahlen der Ausschußmitglieder sind Verhältniswahlen unter Leitung eines Beauftragten der obersten Verwaltungsbehörde des Muttergemeinwesens (§§ 1351 c, 1352); die Einzelheiten regelt die Wahlordnung des Reichsversicherungsamtes vom 8. Dezember 1927 (AN. S. 569). Für die Wählbarkeit gelten die allgemeinen Voraussetzungen (§§ 12 bis 14, vgl. auch §§ 15ff. RVO.); außerdem müssen die zu Wählenden im Bezirke der Anstalt wohnen (§ 1351). Mit den Vertretern werden Ersatzmänner gewählt (§ 1352 Abs. 2). Der Ausschuß ist gesetzlich zuständig für die Wahl der nichtbeamteten Vorstandsmitglieder, Aufstellung des Voranschlags (vgl. § 1355) und Abnahme der Jahresrechnung, Anregung der Bezirksänderung (§ 1332) und Aufstellung und Änderung der Satzung (§ 1353), deren Mindestinhalt in § 1338 RVO. geordnet ist und die der Genehmigung des Reichs- oder Landesversicherungsamtes bedarf (§§ 1339ff.). Inhaltlich geht die Satzungsbefugnis des Ausschusses weniger weit als bei den Genossenschaften. (Für die Überleitung der früheren Versicherungsanstalten in den durch die RVO. geschaffenen Rechtszustand durch Satzungsänderung vgl. Art. 81 EG. RVO.) Nach außen hin hat der Ausschuß bei wichtigeren Grundstücksgeschäften gemeinsam mit dem Vorstande zu handeln (§ 1354 RVO.). Die Verhandlungsweise des Ausschusses ist Gegenstand der Regelung in der Satzung. Bemerkenswert ist, daß die Satzung über die Vertretung der Versicherungsanstalt gegenüber dem Vorstande bestimmen muß und daß nicht der vom Muttergemeinwesen bezeichnete Vorsitzende des Vorstandes zugleich dem Ausschusse vorsitzt, sondern dessen Vorsitzender nach der Satzung bestellt wird.

2. Der Vorstand setzt sich zusammen aus beamteten und nichtbeamteten Mitgliedern. Die beamteten Vorstandsmitglieder bestellt das Muttergemeinwesen; sie bleiben dessen Beamte, wiewohl ihre und ihrer Hinterbliebenen Bezüge aus

---

[1] Aus der Regelung der Ausschußwahlen ergibt sich, daß es für die Verfassung der Landesversicherungsanstalten nicht darauf ankommt, ob man die Versicherten nur während ihrer Aktivität (solange ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis oder freiwillige Beitragszahlung besteht) oder auch während der Aufrechterhaltung der Anwartschaft und des Rentenbezuges als Angehörige der Anstalt ansieht. Das letztere dürfte richtiger sein, weil ja die Betreffenden auch dann noch „versichert" sind. Hingegen dürften die Empfänger von Hinterbliebenenrenten, die ja nicht selbst versichert sind, nicht als Angehörige anzusehen sein. Unmittelbare organisatorische Rechte haben die Menschen beider Gruppen nicht. Arbeitgeber sind nur solange Angehörige einer Versicherungsanstalt, als sie regelmäßig mindestens einen bei ihr versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen (§ 13 Abs. 1 RVO.). Die Pflicht zur Erstattung des Arbeitgeberbeitragsteiles an einen freiwillig Versicherten nach § 1441 RVO. macht den Arbeitgeber nicht zum Angehörigen der Versicherungsanstalt.

Mitteln der Anstalt bestritten werden (§§ 1343f., 1349 RVO.). Ihnen gegenüber gilt nicht die Vorschrift des § 33 RVO., wonach über Rechte und Pflichten der Organpersonen und über die Gültigkeit ihrer Wahl die Aufsichtsbehörde entscheidet; sie leben vielmehr auch in diesen Beziehungen nach dem Beamtenrecht ihres Muttergemeinwesens (§ 1345). Die Beamten im Vorstand der Versicherungsanstalt sind Träger des anstaltlichen Einflusses des öffentlichen Verbandes, der die Anstalt errichtet hat und dauernd in seiner Hand hält. Daneben finden sich als „nichtbeamtete", ehrenamtliche Mitglieder des Anstaltsvorstandes Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in untereinander gleicher Zahl (Parität entsprechend der grundsätzlichen Halbteilung der Beiträge, § 1387 Abs. 2); bei der Beschlußfassung im Vorstandskollegium müssen diese gegenüber den Beamten in der Überzahl sein (§ 1346). Die nichtbeamteten Vorstandsmitglieder werden vom Ausschuß nach der Wahlordnung vom 8. Mai 1928 (AN. S. 138) gewählt. Wählbar sind, abgesehen von den allgemeinen Voraussetzungen (§§ 12ff. RVO.), nur Arbeitgeber und Versicherte, die im Bezirke der Versicherungsanstalt wohnen (§ 1346 Abs. 1) und deren Angehörige sind. Das Amt im Vorstand darf nicht mit dem im Ausschuß in einer Person zusammentreffen (§ 1351 Abs. 4). Nach Satzungsbestimmung können dem Vorstand außer den erwähnten Beamten und Ehrenamtsinhabern noch andere besoldete oder unbesoldete Mitglieder angehören, die bei der Beschlußfassung ebenfalls ausscheiden, wenn die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in der Minderzahl sind (§ 1347). Dem Vorstand kommt alle Zuständigkeit zu, die nicht durch Gesetz oder Satzung einer anderen Stelle übertragen ist; er verwaltet grundsätzlich die Anstalt. Seine (laufenden) Geschäfte führen die beamteten Mitglieder. Dem Vorstand ist ausdrücklich die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde beigelegt, die ihm wohl auch ohne Gesetzesvorschrift theoretisch zuerkannt werden müßte (§§ 1342, 1343). Die Verhandlungsweise des Vorstandes regelt die Satzung (§ 1338 Nr. 5).

3. Der Vorsitzende des Vorstandes wird vom Muttergemeinwesen aus dem Kreise der beamteten Vorstandsmitglieder bestimmt (§ 1344 Abs. 1 RVO.). Ihm kommen die allgemeinen Befugnisse und Pflichten des Vorsitzenden zu (§§ 8f.). Nach landesrechtlicher Vorschrift kann er Vorgesetzter der übrigen Beamten im Vorstand sein, diesen jedoch nicht Weisungen für Kollegialbeschlüsse des Vorstandes erteilen. Bei Ausfall oder Weigerung des Vorstandes oder des Ausschusses führt der Vorstandsvorsitzende als Einflußträger des Muttergemeinwesens deren Geschäfte auf Kosten der Anstalt oder läßt sie durch weisungsgebundene Beauftragte führen (§ 1359).

4. Die Pflichten der Angehörigen sind in der Invalidenversicherung schwach entwickelt. Die Mitwirkung an der Organisation beschränkt sich auf eine Repräsentation, bei der die Auswahl der Repräsentanten nicht durch die Repräsentierten unmittelbar vorgenommen wird. Soweit Selbstverwaltungseinfluß eingeräumt ist, gilt für die Pflicht zur Annahme von Organstellungen und zur Amtsausübung sowie für den Charakter des Amtes und die persönliche Rechtsstellung der Organpersonen bei den Landesversicherungsanstalten dasselbe wie bei den Krankenkassen (s. § 9 II 5). Meldepflichten der Angehörigen sind in der Invalidenversicherung nicht vorgesehen; an ihre Stelle treten die Pflichten zur Beschaffung und Vorlegung der Quittungskarte (§ 1414 RVO.) und zur Verwendung der Beitragsmarken (§§ 1428 ff.). Die Arbeitgeber und Versicherten unterliegen als Angehörige der Landesversicherungsanstalten in besonderem öffentlichrechtlichen Gewaltverhältnis der Beitragsüberwachung (§§ 1465ff.) und der Ordnungsstrafgewalt des Anstaltsvorstandes (§§ 1467, 1487f.).

5. Von den Sonderanstalten, die als unregelmäßige Träger Invalidenversicherung durchführen, ist die Seekasse bereits bei der See-Berufsgenossenschaft erwähnt, von der sie abhängt (s. § 9 III 8b, S. 86). Vom Standpunkt des Invalidenversicherungsrechts stellt auch die Reichsknappschaft sich als Sonderanstalt dar,

ohne daß dies für ihre Verfassung (s. § 9 IV) wesentliche Bedeutung hätte. Als sonstige Sonderanstalten kommen nur vier (mit einer Abteilung A ausgerüstete) Arbeiter-Pensionskassen der Deutschen Reichsbahn in Betracht (§ 11 RBPersG. vom 30. August 1924, RGBl. II S. 287). Der Reichsarbeitsminister kann weitere Sonderanstalten zulassen (§ 1360 RVO.). Für die Sonderanstalten gelten die Normativbestimmungen der §§ 1361ff. RVO., die jedoch über die Verfassung wenig enthalten (Mitwirkung der Versicherten an der Verwaltung § 1363). Die Verfassung der Sonderanstalten und ihre etwaige Rechtsfähigkeit ergibt sich — außer für die Seekasse — aus ihrem Gründungsstatut.

Neben den Sonderanstalten erwähnt die RVO. noch nach früherem Rechte zugelassene besondere Kasseneinrichtungen (§ 1367 RVO.). Sie sind jedoch seit Inkrafttreten der RVO. in Sonderanstalten übergeleitet oder weggefallen (vgl. Art. 83 EG. RVO.). Die Vorschrift des § 1367 hat nur noch Bedeutung für die Abwicklung alter Versicherungsverhältnisse.

III. Organe der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§ 97 AVG.) sind die Vertrauensmänner (1), der Verwaltungsrat (2), das Direktorium (3) und sein Präsident (4). Die Vertrauensmänner und mittelbar der Verwaltungsrat gehen aus Wahlen der Anstaltsangehörigen hervor; sie tragen den Selbstverwaltungseinfluß, der auch im Direktorium durch ehrenamtliche Mitglieder zum Ausdruck kommt. Den Einfluß des Reiches als Muttergemeinwesens vermitteln die beamteten Direktoriumsmitglieder. Dieser Einfluß überwiegt stark den der Angehörigen, was unter anderem im Fehlen einer selbstgegebenen Satzung und darin zum Ausdruck kommt, daß im Direktorium bei Stimmengleichheit die Stimme des Präsidenten den Ausschlag gibt (§ 99 Abs. 2 Satz 2 AVG.).

1. Die Vertrauensmänner sind Wahlmänner für die Mitglieder des Verwaltungsrates (§ 118 AVG.); außerdem haben sie Aufträge des Versicherungsamtes zu dessen Unterstützung auszuführen und auch von sich aus dem Versicherungsamt oder der Reichsversicherungsanstalt alle ihnen bekanntgewordenen Tatsachen mitzuteilen, die nach ihrer Ansicht für jene Stellen wichtig sind (§ 119). Sie können demnach, ähnlich wie die Knappschaftsältesten und Angestelltenältesten, als Vertrauensmittler wirken. Ein Kollegium bilden die Vertrauensmänner nicht. Nach der Verwaltungsübung werden sie aber zu Ortsausschüssen zusammengefaßt; auch von diesen können rechtserhebliche Beschlüsse nicht gefaßt werden. Die Vertrauensmänner werden in Urwahlen von den Angehörigen der Reichsversicherungsanstalt bezirksweise gewählt, und zwar je zur Hälfte aus den Arbeitgebern versicherter Angestellter und aus den Versicherten, die nicht Arbeitgeber sind (aber auch nicht oder nicht mehr Angestellte zu sein brauchen, sondern freiwillig versichert oder Ruhegeldempfänger sein können); die Zahl der Vertrauensmänner beträgt für den Bezirk einer unteren Verwaltungsbehörde gewöhnlich sechs, kann aber nach der Zahl der bezirksbewohnenden Angestellten abweichend festgesetzt werden (§ 120). Berechtigt zur Wahl der Arbeitgebervertrauensmänner sind die Arbeitgeber versicherter Angestellter, die volljährige Deutsche sind und im Wahlbezirk wohnen, auch nicht in der Ämterfähigkeit oder Vermögensverfügung beschränkt sind (§§ 121, 122). Das Stimmrecht der Arbeitgeber kann vom Reichsarbeitsminister nach der Zahl der beschäftigten Versicherten abgestuft werden (§ 123). Wahlberechtigt auf Seiten der Versicherten sind die versicherten Angestellten, nicht auch die sonstigen Versicherten (§ 121); die übrigen Wahlvoraussetzungen sind die gleichen wie auf Arbeitgeberseite. Wählbar sind einerseits Arbeitgeber der versicherten Angestellten, die im Wahlbezirk ihren Betriebssitz haben, andrerseits Versicherte, die im Wahlbezirk wohnen oder beschäftigt werden, in beiden Gruppen nur volljährige Deutsche beiderlei Geschlechts (Art. 109 Abs. 2 RV.), die nicht in der Ämterfähigkeit oder Vermögensverfügung beschränkt sind (§ 126 AVG.). Für jeden Vertrauensmann werden Ersatzmänner gewählt (§ 125 AVG.). Die Wahl ist Verhältniswahl nach Vorschlagslisten

wirtschaftlicher Vereinigungen von Arbeitgebern oder von Arbeitnehmern oder freier Wahlgruppen mit ausreichender Unterschriftenzahl und nach den allgemeinen Grundsätzen des bereits erwähnten G. vom 8. April 1927 (§ 124 AVG.). Die Einzelheiten regelt die vom Reichsarbeitsminister erlassene Wahlordnung vom 8. September 1927 (RGBl. I S. 287).

2. Der Verwaltungsrat besteht aus gleichviel (nach dem Gesetz mindestens zwölf, bei Bedarf nach Bestimmung des Reichsarbeitsministers mehr) Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber und aus dem Präsidenten des Direktoriums oder seinem Stellvertreter (§ 105 AVG.). Die Vertreter werden gruppenweise von den Vertrauensmännern gewählt. Hierbei hat jeder Arbeitgebervertreter eine Stimme. Die nach dem Verhältniswahlsystem gewählten Versichertenvertrauensmänner eines Wahlbezirks haben zusammen eine nach der Zahl der Versicherten im Bezirk abgestufte Stimmenzahl, die unter die einzelnen Vertrauensmänner gleichmäßig verteilt wird (§ 105a); hierbei können sich Abweichungen von dem Verhältnis ergeben, in dem die Urwählerschaft sich zusammensetzt. Die Wählbarkeitsvoraussetzungen für die Mitglieder des Verwaltungsrates sind die gleichen wie für die Vertrauensmänner (§§ 109 bis 111). Die Wahlen sind Verhältniswahlen nach den in der Sozialversicherung durch das G. vom 8. April 1927 allgemein eingeführten Grundsätzen (§§ 108, 112 AVG.); Einzelheiten regelt die Wahlordnung vom 27. Februar 1928 (RGBl. I S. 48). Die Zuständigkeiten des Verwaltungsrates sind in § 104 AVG. aufgeführt. Hervorzuheben ist die Vertretung der Reichsversicherungsanstalt gegenüber dem Direktorium (wofür bei anderen Versicherungsträgern ein besonderes Organ vorgesehen ist) und die Beschlußfassung über Voranschlag und Jahresrechnung. Hingegen fehlt die sonst bei dem repräsentativen Hauptorgan übliche Befugnis, die Satzung des Versicherungsträgers aufzustellen oder zu ändern; eine Satzung gibt es bei der Reichsversicherungsanstalt überhaupt nicht, weil die Selbstverwaltung schwach entwickelt und alles Wesentliche bereits im Gesetz geregelt ist. Für einzelne Arbeitsgebiete kann der Verwaltungsrat aus seinen Mitgliedern Ausschüsse bilden und ihnen einzelne Obliegenheiten zur Beschlußfassung übertragen (§ 106 AVG.). Zur Beschlußfassung im Verwaltungsrat genügt einfache Stimmenmehrheit. Berufen wird der Verwaltungsrat durch den Präsidenten, gegebenenfalls auf Verlangen der Mehrheit. Im übrigen gilt für die Verhandlungsweise eine Geschäftsordnung, die der Verwaltungsrat selbst erläßt und die der Zustimmung des Reichsarbeitsministers bedarf, wobei dieser nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten prüfen kann (§ 107).

3. Das Direktorium besteht aus einem Präsidenten, seinem Stellvertreter, weiteren beamteten Mitgliedern und aus je drei Vertretern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber als ehrenamtlichen Mitgliedern (§ 99 AVG.). Die beamteten Mitglieder (zur Zeit im ganzen vier) ernennt der Reichspräsident nach Vorschlag des Reichsrats und nach Gehör des Verwaltungsrates auf Lebenszeit; nur für die ersten drei Jahre der Dienstzeit kann Widerruf vorbehalten werden (§ 100). Die beamteten Direktoriumsmitglieder haben die Rechte und Pflichten der Reichsbeamten (vgl. Reichsbeamtengesetz vom 18. Mai 1907, RGBl. S. 245), wobei dunkel bleibt, worin, vielleicht abgesehen von der Haftung für Amtspflichtverletzungen gegenüber Dritten (Art. 131 RV.; die Haftung trifft nur die Anstalt), der Unterschied gegenüber echten Reichsbeamten besteht. Den Besoldungsaufwand trägt die Reichsversicherungsanstalt, doch wird er im Reichshaushalt festgesetzt (§ 101 AVG.). Die ehrenamtlichen Direktoriumsmitglieder werden gruppenweise von den Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber im Verwaltungsrat gewählt. Wählbar sind Menschen, die auch zu Verwaltungsratsmitgliedern oder Vertrauensmännern gewählt werden könnten. Die Wahlgrundsätze sind die gewöhnlichen. Die Ämter als Mitglied im Direktorium und im Verwaltungsrat sind miteinander unverträglich (§ 102 AVG.). Bei Abstimmungen im Direktorium müssen die ehrenamtlichen Mitglieder

die Stimmenmehrzahl gegenüber den beamteten Mitgliedern haben (§ 99 Abs. 1). Von Zuständigkeiten des Direktoriums erwähnt das AVG. in den Organisationsvorschriften außer der Außenvertretung (§ 98 AVG., s. § 6 II 3, S. 28) nur die Anstellungsbefugnis für Beamte und Angestellte der Anstalt (§ 103 AVG.) sowie einige nebensächliche Punkte (wie die Entscheidung über Zulässigkeit der Ablehnung einer Wahl in den Verwaltungsrat, § 114). Tatsächlich führt das Direktorium als Generalorgan mit Behördencharakter (§ 94 ist so umzudeuten) die gesamte laufende Verwaltung der Anstalt, praktisch vorwiegend durch die beamteten Mitglieder. Kollegialbeschlüsse kommen mit einfacher Stimmenmehrheit und Stichentscheid des Präsidenten zustande; im übrigen richtet sich die Verfahrensweise des Direktoriums nach einer Geschäftsordnung, die der Verwaltungsrat im Einvernehmen mit dem Direktorium und mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers erläßt (§ 99 Abs. 2). Außerdem haben die Zuständigkeiten des Verwaltungsrates (§ 104) Auswirkungen auf die Geschäftsführung des Direktoriums.

4. Der Präsident des Direktoriums sowie sein Stellvertreter wird als solcher vom Reichspräsidenten ernannt. Seine besonderen Zuständigkeiten sind gering und vorwiegend technischer Art; außer den schon erwähnten ist noch die Ordnungsstrafbefugnis bei unzulässiger Wahlablehnung (§ 114 Abs. 2 AVG.) und die Zeichnungsbefugnis bei Bescheiden (§ 249 Abs 1) zu nennen, die jedoch auch den anderen Direktoriumsmitgliedern zukommt.

5. Die organisatorische Rechtsstellung der Angehörigen ist in der Angestelltenversicherung entsprechend dem Anstaltscharakter des Trägers gering entwickelt. Immerhin haben die Angehörigen hier das Recht der unmittelbaren Wahl von Organen, das ihnen in der Invalidenversicherung und in der Arbeitslosenversicherung fehlt. Der Selbstverwaltungseinfluß ist aber bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte im ganzen geringer als in allen anderen Versicherungszweigen. An organisatorischen Pflichten findet sich nur für Arbeitgeber die zur Annahme der Wahl als Vertrauensmann oder Verwaltungsratsmitglied (§§ 113, 127 AVG.); die Ablehnungsgründe und das Entscheidungsverfahren sind die üblichen (§§ 114, 128 AVG., vgl. §§ 17f. RVO.). Zur Annahme einer Organstellung im Direktorium besteht für niemanden eine Verpflichtung. Maßnahmen gegen säumige Organpersonen sind nicht vorgesehen. Werden von einer Organperson Tatsachen bekannt, die die Wählbarkeit ausschließen (oder bei Vertrauensmännern eine grobe Verletzung der Amtspflicht darstellen), so findet Amtsenthebung statt (§ 102 Abs. 4, §§ 117, 129 AVG.). Für die Stellung der Ehrenamtsinhaber gelten die gewöhnlichen Grundsätze (§§ 115f., 130, 345ff. AVG., s. § 9 II 5). Die Haftung der Organpersonen richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des bürgerlichen Rechts; eine Parallelvorschrift zu § 23 RVO. fehlt. Die Ordnungspflichten entsprechen denen in der Invalidenversicherung (§§ 174, 177, 199ff. AVG., s. oben II 4).

6. Sonderträgerschaften öffentlichrechtlicher Art gibt es in der Angestelltenversicherung nicht. Die bürgerlichrechtlichen Zuschuß- und Ersatzkassen (§§ 360ff., 363ff. AVG.) sowie die Lebensversicherungsunternehmungen, bei denen Angestellte mit teilweiser Befreiungswirkung versichert sind (§§ 375ff. AVG.), stehen zur Reichsversicherungsanstalt in keinerlei verfassungsrechtlicher Beziehung; sie berühren sich mit ihr nur im Beitrags- und Leistungsverhältnis. Vgl. auch § 6 I 6b, S. 26.

IV. Für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung besteht als einheitlicher Träger für das Reichsgebiet die rechtsfähige Reichsanstalt (§ 1 ArblVG.). Ihre Organisation ist entsprechend der Natur der Aufgaben, von denen namentlich die Arbeitsvermittlung samt Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung nur örtlich ausgeübt werden kann, dezentralisiert; die Anstalt gliedert sich regional dreistufig in (über 360) Arbeitsämter, (13) Landesarbeitsämter und die Hauptstelle (§ 2 ArblVG.). Dem Bedürfnis nach fachlicher Dezentralisation dient die Möglich-

keit der Bildung von Fachabteilungen; bei der Hauptstelle muß eine Abteilung für Angestellte bestehen. Alle diese Verwaltungsstellen sind und haben Organe, die sämtlich im Rahmen ihrer Zuständigkeit Geschäfte der Anstalt führen (vgl. § 25). Im Gesamtbau der Reichsanstalt besteht eine besonders große Vielheit von Organen; die Aufzählung im § 4 ArblVG. ist nicht vollständig. Eine durchgängige Spaltung der Anstaltsorganisation für die Gruppen der Arbeiter und Angestellten, wie bei der Reichsknappschaft, ist nicht vorgesehen. Nur genießen bei der Besetzung der Organe die Angestellten (§§ 5, 9, 12) wie die Frauen (§ 14) und die Land- und Forstwirtschaft (§§ 9, 12) einen Minderheitsschutz. Bei der Besetzung der Organe greift der Einfluß des Reiches als Muttergemeinwesen und der Selbstverwaltungseinfluß eng ineinander. Den Präsidenten der Anstalt und die Vorsitzenden der Landesarbeitsämter sowie die ständigen Stellvertreter für sie stellt das Reich; sie sind Beamte. Die Angehörigen der Anstalt, die auch hier die Versicherten und ihre Arbeitgeber sind, haben keinen unmittelbaren organisatorischen Einfluß, insbesondere kein Wahlrecht. Ihr Selbstverwaltungseinfluß wird durch die wirtschaftlichen Vereinigungen mediatisiert (vgl. §§ 6, 7, 10). Als wirtschaftliche Vereinigungen kommen dabei nur unmittelbare, reine und zur Wahrnehmung der spezifischen Arbeitsinteressen ihrer Mitglieder tätige Vereinigungen von Arbeitgebern oder von Arbeitnehmern in Betracht, wie sie sich auf Grund des Art. 159 (vgl. Art. 165 Abs. 1) RV. bilden können; die Erfordernisse sind also wesentlich die gleichen wie für die Tariffähigkeit. Außer für die Wahl der Vertreter im zentralen Verwaltungsrat, die durch die Arbeitgeberabteilung und die Arbeitnehmerabteilung des Reichswirtschaftsrates vorgenommen wird (§ 10 ArblVG.), ist eine Monopolstellung bestimmter Vereinigungsrichtungen nicht vorgesehen. In den Kollegialorganen der Reichsanstalt außer den Ausschüssen der Fachabteilungen treten neben den Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer und in gleicher Zahl mit jeder dieser Gruppen Vertreter der öffentlichen Körperschaften (Gemeinden, Gemeindeverbände, Länder) auf, wodurch der stark unitarische Charakter der Reichsanstalt gemildert und den früheren Trägern der auf die Anstalt übergegangenen Aufgaben ein gewisses Maß von Einfluß belassen, auch ihrem örtlich gebundenen Interesse und ihrer Sachkunde eine Wirkungsmöglichkeit gegeben wird, wodurch aber auch die Möglichkeit einer Verschiebung der Parität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern eröffnet wird, weil die vorschlags- oder bestellungsberechtigte Stelle selbst von der prinzipalen Interessenpolarität des Arbeitslebens nicht unbeeinflußt bleibt. Regionale und sachlich abgegrenzte Selbstverwaltung geraten durch die Vertretung der öffentlichen Körperschaften in den Organen der Reichsanstalt in eine eigentümliche Verflechtung. Die Zuständigkeit der Repräsentanten der örtlichen Selbstverwaltung ist aber sachlich beschränkt; bei Angelegenheiten der Arbeitslosenversicherung wirken sie nicht mit (§ 200). Im einzelnen sind die Organe zu betrachten, wie sie sich in den dreistufigen Bau von Hauptstelle (1), Landesarbeitsämtern (2) und Arbeitsämtern (3) einfügen, anschließend die Stellung der Selbstverwaltungspersonen (4) und die Sonderträgerschaften (5).

1. Bei der Hauptstelle, als zentrale Organe der ganzen Reichsanstalt, finden sich der Verwaltungsrat (a) und der Vorstand der Reichsanstalt (b), der Präsident (c) sowie der Ausschuß der Abteilung für Angestellte und sonstige Fachausschüsse (d). Diese Organe machen zusammen die Hauptstelle aus, die nicht etwa daneben noch ein eigenes Dasein führt (ebensowenig die Fachabteilung neben dem Fachausschuß); nur durch das Vorhandensein eines großen ausführenden Hilfspersonals (persönlicher Betriebsmittel) sowie auch sachlicher Betriebsmittel entsteht der Anschein eines solchen Sonderdaseins.

a) Der Verwaltungsrat der Reichsanstalt besteht aus dem Präsidenten oder einem seiner Stellvertreter und in gleicher Zahl (mindestens je zehn, mehr gegebenenfalls nach der Satzung) aus Vertretern der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der

öffentlichen Körperschaften als Beisitzern. Unter den Vertretern der Angehörigen müssen beiderseits Vertreter der Land- und Forstwirtschaft, unter den Arbeitnehmervertretern mindestens zwei Angestellte, unter den Vertretern der öffentlichen Körperschaften mindestens zwei Personen sein, die gemeindliche Interessen beruflich wahrnehmen. Für jeden Beisitzer ist ein Stellvertreter vorgesehen (§ 9 ArblVG.). Die Vertreter der Arbeitgeber werden von der Arbeitgeberabteilung, die Vertreter der Arbeitnehmer von der Arbeitnehmerabteilung des Reichswirtschaftsrats (bis zu der im Sommer 1930 gescheiterten und vorläufig nicht zu erwartenden gesetzlichen Bildung des „endgültigen" Reichswirtschaftsrates von den Abteilungen des vorläufigen Reichswirtschaftsrates, vgl. Art. 2 Abs. 2 V. vom 4. Mai 1920 und § 9 Abs. 2 der Geschäftsordnung des vorl.RWiR. vom 10. Juni 1921) gewählt, die Vertreter der öffentlichen Körperschaften vom Reichsarbeitsminister auf Vorschlag des Reichsrates berufen (§ 10 ArblVG.). Zum Beisitzer im Verwaltungsrat wie in allen anderen Organen der Reichsanstalt kann nur gemacht werden, wer Reichsangehöriger, mindestens 24 Jahre alt, im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte ist und seit mindestens sechs Monaten im Bezirke des Organs wohnt oder regelmäßig tätig ist. Arbeitgeberbeisitzer müssen regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer beschäftigen (bloße Beschäftigung von Hausgehilfen genügt nur, soweit der Reichsarbeitsminister dies nach Anhörung des Verwaltungsrates anordnet), Arbeitnehmerbeisitzer müssen regelmäßig als Arbeitnehmer tätig, brauchen aber nicht gegen Arbeitslosigkeit versichert zu sein; daneben können auch Vertreter wirtschaftlicher Vereinigungen von Arbeitgebern oder Arbeitnehmern zu Beisitzern gemacht werden. Zum Vertreter öffentlicher Körperschaften kann nur gemacht werden, wer weder als Arbeitgeber- noch als Arbeitnehmerbeisitzer in Betracht kommt. Beamte, Angestellte und Arbeiter der Reichsanstalt sind nicht fähig, zum Beisitzer gemacht zu werden (§ 17). Die Amtsdauer der Organpersonen beträgt fünf Jahre (§ 16) und ist durch § 223 Abs. 3 ArblVG. mit der durch das G. vom 8. April 1927 vereinheitlichten Wahldauer bei den übrigen Sozialversicherungsträgern in Übereinstimmung gebracht. Die Zuständigkeit des Verwaltungsrates ist im Gesetz nicht zusammengefaßt, ergibt sich vielmehr — wie die der sonstigen Organe — aus den Einzelvorschriften des Gesetzes und der Satzung (§ 4 Abs. 2 ArblVG.). Die Satzung der Reichsanstalt aufzustellen, wozu es keiner weiteren Mitwirkung, keiner Genehmigung bedarf, und die Geschäftsführung durch allgemeine Anordnungen zu regeln sowie nach Anträgen der Gliederungen den Gesamthaushalt der Reichsanstalt (mit Genehmigung der Reichsregierung) festzusetzen, sind die wichtigsten Aufgaben des Verwaltungsrates (§§ 41, 43). Zu seiner Entlastung kann der Verwaltungsrat Unterausschüsse bilden; er kann ihnen seine Rechte und Pflichten zu selbständiger Wahrnehmung übertragen, aber nur mit Beschränkungen (§§ 11, 201), z. B. nicht die Beschlußfassung über die Satzung und den Haushalt. Über die Verfahrensweise des Verwaltungsrates ist im Gesetz nur vorgeschrieben, daß der Präsident oder einer seiner Stellvertreter den Vorsitz führt (§ 9 Abs. 1) und daß er die Sitzungen nach Bedürfnis, mindestens einmal im Kalendervierteljahr (wenn nicht die Beisitzer einstimmig darauf verzichten), sonst auch auf Verlangen eines Drittels der Beisitzer, einberuft (§ 22).

b) Der Vorstand der Reichsanstalt setzt sich zusammen aus ihrem Präsidenten oder einem seiner Stellvertreter und je fünf Vertretern der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der öffentlichen Körperschaften als Beisitzern. Darunter soll mindestens je ein Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer der Land- und Forstwirtschaft, ein Vertreter der Angestellten und ein Vertreter sein, der gemeindliche Interessen beruflich wahrnimmt. Für jeden Beisitzer wird ein Stellvertreter bestellt (§ 12 ArblVG.). Die Beisitzer im Vorstand bestellt der Reichsarbeitsminister nach bindenden Vorschlagslisten der drei Beisitzergruppen des Verwaltungsrates, nötigenfalls unter Beachtung des Stärkenverhältnisses der Unterzeichner konkurrierender

Listen einer Gruppe (§ 13). Die Voraussetzungen der Fähigkeit zum Beisitzeramte sind die allgemeinen (§ 17, s. oben a); die Ämter als Beisitzer im Vorstand und im Verwaltungsrat dürfen nicht in einer Person zusammentreffen (§ 15). Der Vorstand ist zuständig für die Außenvertretung der Anstalt und generell für die Führung der Geschäfte, dafern sie nicht dem Verwaltungsrate vorbehalten oder anderen Organen übertragen sind (§§ 21, 4 Abs. 2); in der Hauptsache erledigt der Vorstand die wichtigeren laufenden Geschäfte. Auch handhabt er die Organisationsgewalt innerhalb der Reichsanstalt, bestimmt insbesondere die Bezirke der Arbeitsämter und Landesarbeitsämter (§ 2 Abs. 2). Er ist befugt, den Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern Anweisungen zu erteilen (§ 21 Abs. 2). Für die Verfahrensweise des Vorstandes ist das gleiche wie für die des Verwaltungsrates bestimmt (§ 22).

c) Der Präsident der Reichsanstalt wird vom Reichspräsidenten nach Anhörung des Verwaltungsrates und des Reichsrates ernannt (§ 34 Abs. 1 ArblVG.). Er hat die Rechte und Pflichten der Reichsbeamten (§ 35 Abs. 1 ArblVG., s. oben III 3) und ist der wichtigste Vermittler des Reichseinflusses innerhalb der Anstalt. Seine Bezüge trägt die Reichsanstalt (§ 40 ArblVG.). Über die Eignungserfordernisse und über die Amtsdauer für den Präsidenten ist im Gesetz nichts bestimmt; die Vorschrift des § 16 ArblVG., wonach „die Amtsdauer der Organe" fünf Jahre beträgt, dürfte auf den Präsidenten nicht anwendbar, seine Ernennung auf Lebenszeit zulässig sein. Die Aufgaben des Präsidenten sind sehr vielseitig; u. a. führt er den Vorsitz im Vorstand und im Verwaltungsrat und handelt in eigener Zuständigkeit ersatzweise für sich weigernde Organe (§ 25). Die Satzung kann dem Präsidenten Vorstandsgeschäfte und Außenvertretung übertragen (§ 21 Abs. 3). In seinen Zuständigkeiten kann der Präsident durch ständige Stellvertreter vertreten werden, für deren Ernennung und Rechtsstellung dasselbe gilt wie für ihn, die aber außerhalb des Vertretungsfalles keine Organstellung innehaben. Keinerlei Organschaft kommt den „übrigen Mitgliedern der Hauptstelle" zu, die nach § 34 Abs. 1 Satz 2 ArblVG. vom Vorstand der Reichsanstalt ernannt werden; sie gehören zum ausführenden Personal der Anstalt.

d) Bei der Hauptstelle der Reichsanstalt besteht von Gesetzes wegen eine Abteilung für Angestellte (§ 28 ArblVG.) sowie eine Fachabteilung für Land- und Forstwirtschaft (§ 26 Abs. 5). Nach Bedarf können Fachabteilungen für andere Aufgaben, die an bestimmten Gruppen von Arbeitnehmern und den entsprechenden Arbeitgebern zu vollziehen sind, gebildet werden (§ 26 Abs. 1). Die Bildung solcher Fachabteilungen setzt eine Anordnung des Vorstandes und diese Anordnung im allgemeinen einen Vorschlag der gesetzlichen Berufsvertretungen und der wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer voraus, die für das Fach im Reichsgebiete bestehen (§ 26 Abs. 2, 3). Der Präsident der Reichsanstalt hat für die Errichtung der Abteilungen zu sorgen (§ 26 Abs. 4). Die Abteilung für Angestellte und jede Fachabteilung erhält als besonderes Organ einen Ausschuß (Fachausschuß), der in reinen Fachangelegenheiten im allgemeinen an die Stelle des Verwaltungsrates tritt, sonst bei Angelegenheiten, die vorwiegend das Fach betreffen, das Recht der Äußerung hat. Jeder solche Ausschuß besteht aus dem Präsidenten der Reichsanstalt oder einem seiner Stellvertreter und aus gleichviel Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer des Faches als Beisitzern. Diese bestellt der Verwaltungsrat nach bindenden Vorschlagslisten der fachlich zuständigen wirtschaftlichen Vereinigungen. Im übrigen finden die allgemeinen Vorschriften für Beisitzer Anwendung (§ 27).

2. Die Landesarbeitsämter sind Ansatzpunkte der Organe Verwaltungsausschuß (a) und Vorsitzender (b) sowie gegebenenfalls von Fachausschüssen (c).

a) Die Verwaltungsausschüsse der Landesarbeitsämter wie auch der Arbeitsämter bestehen aus dem Vorsitzenden des Amtes oder einem seiner Stellvertreter und aus Beisitzern, die in gleicher Zahl die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer und die öffentlichen Körperschaften des Bezirks repräsentieren. Für jeden Beisitzer wird ein Stellvertreter bestellt, der ihn bei Verhinderung vertritt, nicht aber bei endgültigem Ausscheiden ersetzt; vielmehr ist dann ein neuer Beisitzer für den Rest der Amtsdauer zu bestellen (§ 5 ArblVG.). Die Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer im Verwaltungsausschusse des Landesarbeitsamtes bestellt der Vorstand der Reichsanstalt nach bindenden Vorschlagslisten der wirtschaftlichen Ver-

einigungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der Stärkenverhältnisse der einreichenden Vereinigungen und des Minderheitenschutzes; fehlen Vorschlagslisten, so bestellt der Vorstand die Beisitzer nach freiem Ermessen aus den Reihen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Die Vertreter der öffentlichen Körperschaften bestellt die oberste Landesbehörde oder eine von ihr bezeichnete Stelle, bei Konkurrenz zwischen mehreren Ländern entscheidet nötigenfalls der Reichsarbeitsminister; neben Vertretern der Länder sollen Vertreter der Gemeinden und Gemeindeverbände bestellt werden, deren Bezirk zu dem des Landesarbeitsamtes gehört (§ 7). Die Voraussetzungen der Fähigkeit zum Beisitzeramte sind die gleichen wie beim Verwaltungsrat (oben 1a), nur daß die zu Bestellenden im Bezirk des Landesarbeitsamtes wohnen oder regelmäßig tätig sein müssen (vgl. §§ 14, 16, 17 ArblVG.). Die Zuständigkeit des Verwaltungsausschusses eines Landesarbeitsamtes umfaßt viele im Gesetz verstreut aufgeführte Angelegenheiten, insbesondere die Aufstellung einer Geschäftsordnung für ihr Amt und die Festsetzung des Haushaltes, der der Genehmigung durch den Verwaltungsrat bedarf (§§ 42, 43 Abs. 2). Der Verwaltungsausschuß hat einen gleichartig zusammengesetzten, aber kleineren geschäftsführenden Ausschuß zu bilden, dem er seine Aufgaben zu abschließender Erledigung übertragen kann, soweit nicht § 201 ArblVG. entgegensteht (§ 8). Der Vorsitzende des Landesarbeitsamtes oder einer seiner Stellvertreter führt den Vorsitz im Verwaltungsausschuß und im geschäftsführenden Ausschuß; er hat den Verwaltungsausschuß einzuberufen (§ 22).

b) Den Vorsitzenden des Landesarbeitsamtes, der den Titel „Präsident" führt, ernennt der Reichspräsident nach Benehmen mit dem Vorstand der Reichsanstalt, der zuvor den Verwaltungsausschuß des Landesarbeitsamtes zu hören hat, und mit der obersten Landesbehörde (§ 34 Abs. 2 ArblVG.). Der Vorsitzende hat die gleiche persönliche Rechtsstellung wie der Präsident der Reichsanstalt, ebenso seine in gleicher Weise ernannten ständigen Stellvertreter (§ 35 Abs. 1 ArblVG., s. oben 1c). Die Zuständigkeiten des Vorsitzenden des Landesarbeitsamtes ergeben sich aus den Einzelbestimmungen des Gesetzes, der Satzung und aus den Anweisungen des Vorstandes der Reichsanstalt sowie der Geschäftsordnung des Landesarbeitsamtes. Durch die Satzung können dem Vorsitzenden auch Funktionen des Vorstandes übertragen werden, insbesondere Teile der Außenvertretung der Reichsanstalt (§ 21 Abs. 3).

c) Fachausschüsse und ein Ausschuß für Angestellte sind mit den entsprechenden Abteilungen bei den Landesarbeitsämtern nach Bedarf zu bilden, gegebenfalls als gemeinsame für die Bezirke mehrerer Landesarbeitsämter. Für ihre Bildung und Zuständigkeit finden die bei der Hauptstelle angeführten Bestimmungen (s. 1 d) entsprechende Anwendung (§§ 26 bis 28 ArblVG.).

3. Die Organisation der Arbeitsämter gleicht in den Grundzügen der der Landesarbeitsämter (a bis c); außerdem sind den Arbeitsämtern Spruchausschüsse (d) angegliedert.

a) Der Verwaltungsausschuß eines Arbeitsamtes ist wie der eines Landesarbeitsamtes (2a) zusammengesetzt (§ 5 ArblVG.). Die Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer bestellt der Vorsitzende des Landesarbeitsamtes nach bindenden Vorschlagslisten der wirtschaftlichen Vereinigungen (§ 6 Abs. 1 bis 3). Als Vertreter der öffentlichen Körperschaften kommen hier nur Vertreter der Gemeinden und Gemeindeverbände des Arbeitsamtsbezirkes in Betracht; sie werden bestellt von der gemeinsamen Gemeindeaufsichtsbehörde, hilfsweise von der obersten Landesbehörde oder der von ihr bezeichneten Stelle oder vom Reichsarbeitsminister, nach Vorschlägen der Vorstände der beteiligten Gemeinden und Gemeindeverbände; wenn die Vorschlagsberechtigten sich auf einen Vorschlag einigen, so ist die bestellende Behörde an diesen gebunden (§ 6 Abs. 4). Wegen der Fähigkeit zum Amte, der Amtsdauer, der Zuständigkeiten, der Bildung eines

geschäftsführenden Ausschusses und wegen der Führung des Vorsitzes gilt sinngemäß das gleiche wie beim Verwaltungsausschuß des Landesarbeitsamtes (§§ 8, 14, 16, 17, 22).

b) Die Vorsitzenden der Arbeitsämter, die den Titel „Direktor" führen, sowie ihre ständigen Stellvertreter ernennt der Vorstand der Reichsanstalt nach Anhörung des Verwaltungsausschusses des Arbeitsamtes; die Satzung kann bestimmen, inwieweit der Vorstand die Ernennung dem Verwaltungsausschusse des Landesarbeitsamtes übertragen kann (§ 34 Abs. 3 ArblVG.). Die Arbeitsamtsvorsitzenden und ihre ständigen Stellvertreter, die an sich wie alle übrigen Mitarbeiter der Reichsanstalt nach bürgerlichem Recht angestellt werden (§ 35 Abs. 3), können vom Reichspräsidenten oder dem von diesem dazu ermächtigten Reichsarbeitsminister oder Präsidenten der Anstalt im Rahmen des Haushaltsplanes der Reichsanstalt mit den Rechten und Pflichten der Reichsbeamten beliehen werden (§ 35 Abs. 2). Auf die organschaftliche Stellung zur Reichsanstalt hat das keinen Einfluß. Im übrigen gilt für die Vorsitzenden der Arbeitsämter in kleinerem Maßstabe das für den Vorsitzenden des Landesarbeitsamtes Gesagte (2 b).

c) Wegen der Fachausschüsse und der Ausschüsse für Angestellte kann auf die höheren Stufen des Organisationsbaues verwiesen werden (2 c, 1 d).

d) Bei jedem Arbeitsamt wird ein Spruchausschuß zur Entscheidung in Unterstützungsstreitigkeiten gebildet; er ist nur äußerlich die unterste Stufe im sonderverwaltungsgerichtlichen Instanzenzug der Arbeitslosenversicherung, seinem rechtlichen Wesen nach aber ein Organ der Reichsanstalt, das auf Einspruch deren rechtsgeschäftlichen Parteiwillen abschließend zu bilden hat (s. § 23 II 3, S. 179f.). Der Spruchausschuß besteht aus dem Vorsitzenden des Arbeitsamtes oder einem seiner Stellvertreter (nicht notwendig einem ständigen) und je einem Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeisitzer des Verwaltungsausschusses (§ 29 ArblVG.); bei der Entscheidung über Unterstützungsanträge von Angestellten muß der Arbeitnehmerbeisitzer Angestellter sein (§ 32).

4. Das Angehörigkeitsverhältnis der versicherten Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber zur Reichsanstalt kommt nicht organisatorisch, sondern nur in der sehr erheblichen Gewaltunterworfenheit bei der (in diesem Buche nicht zu besprechenden) Arbeitsvermittlung, beim Beitragseinzug (Meldepflichten s. §§ 84 bis 86 ArblVG.) und bei der Arbeitslosenunterstützung (Stempeln! s. beim Leistungsverhältnis, § 22 IV 1 a) zum Ausdruck. Eine Pflicht zur Annahme von Organstellungen ist nicht vorgesehen. Die aus dem Kreise der Angehörigen entnommenen Organpersonen, Beisitzer genannt, verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt, erhalten aber Erstattung der baren Auslagen und Entschädigung für entgangenen Arbeitsverdienst oder Zeitverlust nach Bestimmung der Satzung (§ 18 ArblVG.) Sie sind befugt, in den Diensträumen der Stellen, für die ihr Organ zuständig ist, während der Geschäftsstunden anwesend zu sein, auch Akteneinsicht zu nehmen und Auskunft vom Vorsitzenden zu verlangen (§ 23). Für getreue Geschäftsverwaltung haften sie wie Vormünder (§ 24). Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeisitzer unterliegen der Ordnungsstrafgewalt des Organvorsitzenden (§§ 247 ff.). Bei Verlust der Voraussetzungen für ihre Bestellung oder grober Amtspflichtverletzung können die Beisitzer abberufen werden, bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte erlischt das Beisitzeramt mit der Rechtskraft des Urteils (§ 19). Das gleiche wie für die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeisitzer, mit Ausnahme der Ordnungsstrafgewalt, gilt auch für die Vertreter der öffentlichen Körperschaften, die außerdem auch ohne besonderen Grund jederzeit abberufen werden können, solange nicht die Einigung der beteiligten Gemeindevorstände auf einen Vertreter im Verwaltungsausschusse des Arbeitsamtes fortbesteht. Arbeitnehmerbeisitzer haben jede Einberufung zu einer Sitzung ihrem Arbeitgeber anzuzeigen und sind gegen Benachteiligung im Arbeitsverhältnis geschützt (§§ 20, 252).

5. Sonderträgerschaften finden sich sowohl für die Arbeitsvermittlung wie für die Arbeitslosenversicherung. Da das erstgenannte Arbeitsgebiet der Reichsanstalt in diesem Buche nicht zu behandeln ist, genügt es, kurz hinzuweisen auf die nichtgewerbsmäßigen Einrichtungen für Arbeitsvermittlung und Berufsberatung außerhalb der Reichsanstalt (§§ 49ff. ArblVG.), die von wirtschaftlichen Vereinigungen oder gemeinnützigen Vereinen, nicht aber von politischen Parteien oder parteipolitischen Organisationen betrieben werden können und die unter Aufsicht und Anleitung der Reichsanstalt stehen, insbesondere auf die seemännischen Heuerstellen (§ 53 ArblVG., V. vom 8. November 1924/30. September 1927, RGBl. I S. 739/303), und auf die gewerbsmäßigen Stellenvermittler (§ 54ff. ArblVG.), deren Gewerbebetrieb vom 30. Juni 1931 ab im allgemeinen verboten ist (§ 55 ArblVG., dazu G. über die Entschädigung der gewerbsmäßigen Stellenvermittler vom 25. März 1931, RGBl. I S. 69). Bei der Durchführung der Aufgaben der Reichsanstalt ergeben sich mannigfache Berührungen mit den erwähnten Einrichtungen, nicht aber gegenseitige organisatorische Einflüsse, man wollte denn die aufsichtsrechtliche Schließung oder Überführung einer nichtgewerbsmäßigen Einrichtung hierher rechnen. Für die Arbeitslosenversicherung hat der Bestand einer vom Arbeitgeber unterhaltenen, finanziell gesicherten Einrichtung zur Versorgung seiner Arbeitnehmer für den Fall der Arbeitslosigkeit Befreiungswirkung für die der Einrichtung gegenüber anspruchsberechtigten Arbeitnehmer (§ 80 ArblVG., s. oben § 6 II 2, S. 28). Trotz der Befreiung bleiben Arbeitgeber und Arbeitnehmer des Unternehmens mit Rücksicht auf die mögliche Inanspruchnahme der Arbeitsvermittlung usw. Angehörige der Reichsanstalt; der Arbeitgeber hat auch einen Beitrag zu den Kosten der öffentlichen Arbeitsvermittlung und Berufsberatung an die Reichsanstalt zu zahlen.

§ 11. Zusammenschlüsse und Unterteilungen von Versicherungsträgern.

Trotz der Vielgestaltigkeit, die das Organisationsbild der deutschen Sozialversicherungsträger aufweist und die durch das in einer juristisch-theoretischen Darstellung naturgemäß nicht hervortretende verschiedene Größenmaß der einzelnen Träger gleicher Art noch vermehrt wird, sind die Gestaltungsmöglichkeiten mit dem bisher Geschilderten noch nicht erschöpft. Zur weiteren Anpassung an besondere Aufgaben und Bedürfnisse und zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger ermöglicht oder verlangt das Gesetz weiter Zusammenschlüsse oder Unterteilungen. Zum Teil entstehen dabei Gebilde organisatorischer Art; zum Teil handelt es sich nur um die rechnerische und finanzielle Bewältigung des Versicherungswagnisses, die grundsätzlich bei den Geschäften der Versicherungsträger (im II. Teil) ihren Platz zu finden hat, des vollständigen Überblicks wegen aber auch an dieser Stelle erwähnt werden möge.

I. Bei den Zusammenschlüssen sind die verbandsmäßig organisierten (1) zu unterscheiden von der bloßen gemeinsamen Tragung der Lasten durch mehrere Versicherungsträger (2).

1. Vereinsähnliche Zusammenschlüsse von Versicherungsträgern lassen sich in verschiedener Weise denken. Sie können zustandekommen in Ausnutzung der allgemeinen, auch den Versicherungsträgern als Subjekten des öffentlichen oder privaten Rechts zustehenden Freiheit des Rechtsverkehrs und der allgemein zur Verfügung stehenden Organisationsformen; soweit die Teilnahme daran Geld kostet, ist allerdings Voraussetzung, daß dem einzelnen Versicherungsträger die nötigen Mittel zur Verfügung stehen und daß er sie zu solcher Teilnahme verwenden darf (vgl. § 25 Abs. 4 RVO. in Fassung der V. vom 26. Juli 1930, RGBl. I S. 311). Sie können sich besonders dafür vom Gesetz geschaffener Rechtsformen bedienen. Sie können auch auf gesetzlicher oder gesetzmäßig auferlegter Teilnahmepflicht beruhen. Sie können räumlich beschränkt oder auf das ganze Reichsgebiet erstreckt, vielleicht

sogar international verbreitet sein. Sie können die Versicherungsträger nur eines Zweiges oder innerhalb eines Zweiges nur einer Art erfassen, können aber auch sich auf Versicherungsträger mehrerer oder aller Zweige oder auch darüber hinaus auf Träger anderer Aufgaben erstrecken. Sie können rechtsfähig sein oder nicht, können dem bürgerlichen oder dem öffentlichen Recht angehören. Sie können die Versicherungsträger in der Erfüllung ihrer Aufgaben irgendwie fördern oder Ziele haben, die mit der Sozialversicherung zusammenhängen, ohne zu ihr zu gehören; sie können aber auch den Versicherungsträgern Teile ihrer eigenen Aufgaben abnehmen. Durchweg müssen sie sich auf Versicherungsträger als solche erstrecken; Verbände, denen öffentliche Rechtssubjekte mit allgemeineren Aufgaben (Versicherungsträger im weitesten Sinne) ohne Bezug auf ihre Versicherungsträgerschaft angehören, kommen hier ebensowenig in Betracht wie Vereinigungen, die von Organpersonen der Versicherungsträger oder von sonst in der Sozialversicherung Tätigen gebildet werden, mag dies auch mit Rücksicht auf diese ihre Eigenschaft geschehen und mag auch von den Vereinigungen ein unter Umständen starker Einfluß auf Verwaltung und Entwicklung der Sozialversicherung ausgehen, mag überdies auch die Beitragszahlung auf Grund des § 25 Abs. 4 RVO. erfolgen. Nicht alle oben aufgezeigten theoretischen Möglichkeiten des Zusammenschlusses von Versicherungsträgern sind praktisch verwirklicht; der folgende Bericht muß sich auf das Bestehende beschränken, ohne vollständig sein zu können. Allgemein ist noch zu bemerken, daß die Versicherungsträger, die juristische Personen des öffentlichen Rechts sind, sich zwar entsprechend ihrer Fähigkeit, am allgemeinen Rechtsverkehr teilzunehmen, grundsätzlich an privatrechtlichen Vereinigungen beteiligen können, daß sie als Verbände aber nicht das individualistische Grundrecht der Vereinigungsfreiheit (Art. 159 RV.) genießen und auch nicht zu den im Art. 165 Abs. 1 RV. positivrechtlich anerkannten Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer gehören.

a) Den Krankenkassen der im § 225 RVO. aufgeführten Arten ist gestattet, sich durch übereinstimmende Beschlüsse ihrer Ausschüsse zu Kassenverbänden zu vereinigen, wenn sie ihre Sitze im Bezirke desselben Versicherungsamtes, ausnahmsweise darüber hinaus, haben (§ 406 RVO.). Ein Kassenverband ist juristische Person des öffentlichen Rechts, bedarf einer vom Oberversicherungsamte zu genehmigenden Satzung und untersteht der Aufsicht eines Versicherungsamtes (§§ 408 bis 413). Die Aufgaben, die ein Kassenverband sich setzen kann, sind im § 407 RVO. aufgeführt; insbesondere kann der Kassenverband für die ihm angeschlossenen Kassen gemeinsam Angestellte anstellen, Arztverträge usw. schließen, Rückversicherungen übernehmen, das Verhalten der Kranken und die Beitragsentrichtung überwachen sowie seit der Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 (RGBl. I S. 311) die Beitragseinziehung und Zwangsbeitreibung durchführen. Der Verband kann demnach für bestimmte Aufgaben an die Stelle der Mitgliedskassen treten; er kann sich aber auch auf ihre Vertretung beschränken.

b) Krankenkassen können für die Zwecke der Krankenversicherung auch Kassenvereinigungen „anderer als der im § 406 bezeichneten Art" bilden (§ 414 RVO. in der Fassung vom 26. Juli 1930). Diese Kassenvereinigungen haben dann nicht die Rechtsform des öffentlichrechtlichen Kassenverbandes. Die bürgerlichen Rechtsformen, insbesondere die Rechtsfähigkeit durch Eintragung in das Vereinsregister, stehen ihnen nach den allgemeinen Vorschriften offen. Die Kassenvereinigung muß aber seit der Diktaturverordnung eine Satzung haben und darin ihren Zweck näher festsetzen. Beitritt und Bewilligung von Mitgliedsbeiträgen bedürfen der Zustimmung beider Gruppen im Vorstand jeder einzelnen Kasse. Mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde kann eine Kassenvereinigung einzelne der im § 407 RVO. für die Kassenverbände bezeichneten Aufgaben übernehmen und insoweit an die Stelle der Mitgliedskassen treten. Öffentlichrechtlichen Charakter erwirbt die Kassenvereinigung dadurch nicht; eine Aufsicht über sie ist nicht vorgesehen. Neuerdings kann die Kassenvereinigung Einrichtungen für die Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkassen schaffen (§ 414a RVO.), mithin als Treuhandstelle auftreten. Die gesetzlichen Verantwortlichkeiten der Kassenorgane werden dadurch nicht beseitigt.

c) Zu unterscheiden von den örtlich eng begrenzten Kassenverbänden und Kassenvereinigungen sind die weitausgreifenden Verbände von Versicherungsträgern, unter denen besonders die Kassenhauptverbände hervorgetreten sind und im Kassenarztrecht auch gesetzliche Anerkennung gefunden haben (§§ 368a, 368n RVO.). Sie sind — für einzelne oder alle Kassenarten — entstanden in Ausnutzung der Möglichkeit privatrechtlicher Vereinsbildung; ihre Finanzierung wurde ermöglicht durch weitherzige Handhabung des § 363 Abs. 2 RVO. ur-

sprünglicher Fassung, wonach Kassenmittel nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde für den Besuch von Versammlungen verwendet werden konnten, die den allgemeinen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen (vgl. auch § 509 für die Ersatzkassen, § 413, dessen Verweisung jetzt neben § 363 auch auf § 25 Abs. 4 bezogen werden muß, für die Kassenverbände), weil ja die wiederkehrende Abhaltung solcher Versammlungen eine ständige Organisation voraussetzt. Die Kassenhauptverbände spielen für die Handhabung und die Weiterbildung des Krankenversicherungsrechts eine wichtige Rolle. Die Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 hat den § 363 Abs. 2 gestrichen, dafür aber eine damit wesentlich übereinstimmende Vorschrift für alle Versicherungsträger der RVO. als § 25 Abs. 4 aufgenommen. Die Bestimmung über die Verwendung von Mitteln für den Besuch von Versammlungen, die den gesetzlichen Zwecken der Reichsversicherung dienen, trifft nunmehr der Reichsarbeitsminister. Tatsächlich bestehen entsprechende Zusammenschlüsse der Versicherungsträger großer Gebiete oder des ganzen Reiches schon längst auch in der Unfall- und der Invalidenversicherung, während es für Angestellten-, Arbeitslosen- und Knappschaftsversicherung bei der Einheitlichkeit ihrer Träger solcher Vereinigungen nicht bedarf. Die großen Verbände der Versicherungsträger geben zumeist eigene Zeitschriften heraus. Alle diese Verbände können nicht Aufgaben der einzelnen Versicherungsträger übernehmen. Sie haben keinen öffentlichrechtlichen Charakter. — Für die Bezirksknappschaften und die besonderen Krankenkassen der Knappschaftsversicherung ist bestimmt, daß sie sich untereinander, aber auch mit den Krankenkassen des § 225 RVO. für bestimmte Zwecke der Krankenversicherung oder für sonstige Aufgaben der gesetzlichen Versicherung zusammenschließen können (§ 14 RKnG.). Da korrespondierende Bestimmungen für Kassenverbände und Kassenvereinigungen in der RVO. fehlen, müssen die daraufhin entstehenden Zusammenschlüsse nach § 25 Abs. 4, früher § 363 Abs. 2 RVO. beurteilt werden. Ungewöhnlich ist, daß an ihnen knappschaftsseitig nichtrechtsfähige Gebilde teilnehmen können. Verpflichtet aus der Mitgliedschaft wird die Reichsknappschaft, deren zentrale Organe auf den Zusammenschluß dadurch den erforderlichen Einfluß haben, daß Näheres darüber die Satzung und die Sondervorschriften bestimmen (§ 14 Abs. 2 RKnG.).

d) Auf die Krankenversicherung beschränkt ist eine weitere, durch die Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 neueingeführte Organisationsform, der Hauptausschuß für Krankenversicherung. Diesen können die Spitzenvereinigungen (oberste organisatorische Gebilde einer Interessenrichtung, meist für das ganze Reichsgebiet bestehend und mit nur mittelbarer Mitgliedschaft der einzelnen Interessenten) der wirtschaftlichen Vereinigungen (die Diktaturverordnung sagt „Verbände") der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die Spitzenverbände der Krankenkassen (s. c) und der Ärzte für die Zwecke der Krankenversicherung bilden; ihm können auch Vertreter der sozialen Medizin angehören (§ 414b RVO.), wobei ungewiß bleibt, wer das ist. Die Bildung geschieht freiwillig; kommt sie zustande, so führt den Vorsitz im Hauptausschuß der Reichsarbeitsminister oder sein Vertreter. Der Hauptausschuß gibt sich eine „Verfassung". Seine Befugnis besteht darin, Grundsätze aufzustellen und Richtlinien zu entwerfen für die Durchführung der Krankenversicherung im allgemeinen, insbesondere für Wirtschaftlichkeit, Bekämpfung von Mißbräuchen, für Gesundheitsfürsorge und soziale Hygiene, für Errichtung und Betrieb von Verwaltungsgebäuden, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen usw. Die Grundsätze und Richtlinien des Hauptausschusses kann der Reichsarbeitsminister mit bindender Kraft für die Aufsichtsbehörden der Versicherungsträger ausstatten. Angesichts der Mitwirkung des Reichsarbeitsministers und der Art seiner Aufgabe wird man den Hauptausschuß für öffentlichrechtlich ansehen müssen. Rechtsfähig ist er nicht und hat auch nicht die Möglichkeit, die juristische Persönlichkeit zu erlangen. Er ist eine eigenartige, dem Reichsarbeitsministerium angegliederte Behörde. Seine „Verfassung" ist eine Art Geschäftsordnung.

e) Die Mittel der Versicherungsträger dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden (§ 25 Abs. 1 RVO., § 204 Abs. 1 AVG.). Darin liegt für die Versicherungsträger eine Beschränkung der Möglichkeit, solchen Zusammenschlüssen beizutreten, die Beiträge erheben, überhaupt eine Schranke der Betätigung über ihre eigentlichen Zwecke hinaus. Die Zweckgrenzen werden aber im allgemeinen nicht eng gezogen, vielmehr entfalten die Versicherungsträger Sinne ihrer Gesamtaufgabe und mit Billigung der Aufsichtsbehörden ein reiches schadenverhütendes Wirken (vgl. auch §§ 736, 1011, 1164 RVO.). Für die Krankenkassen ist das im § 363 Abs. 1 RVO. insofern ausdrücklich vorgesehen, als ihre Mittel für Zwecke der besonderen oder allgemeinen Krankheitsverhütung verwendet werden dürfen (vgl. §§ 413, 509). Die Träger der Rentenversicherungen können vorbeugende Heilverfahren einleiten (§ 1269 RVO., §§ 41ff. AVG., §§ 47, 65 RKnG.). Landesversicherungsanstalten, Reichsversicherungsanstalt und Reichsknappschaft können mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Mittel aufwenden, um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen (§ 1274 RVO., § 49a AVG., § 100 RKnG.). Auch sonst berühren sich die Aufgaben der Träger der verschiedenen Versicherungszweige trotz grundsätzlicher, insbesondere versicherungstechnischer Verschiedenheit in mannigfacher Weise. Aus diesen Gründen bilden sich im Umkreis der Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaften der ver-

schiedenartigen Versicherungsträger, an denen auch sonstige Träger verwandter Aufgaben teilnehmen. Dabei handelt es sich um Zusammenschlüsse in loser organisatorischer Form zu einzelnen, oft nur vorübergehenden Zwecken, die von Rechtssubjekten oder Interessentengruppen eingegangen werden, die sich sonst selbständig und mit verschieden gerichteten Interessen gegenüberstehen. Insbesondere der Abschnitt C des G. über Ausbau der Angestellten- und Invalidenversicherung und über Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung vom 28. Juli 1925 (RGBl. I S. 157) sieht vor, daß das Zusammenwirken der Träger der Sozialversicherung untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege auf dem Gebiet des Heilverfahrens und der sozialen Hygiene durch Richtlinien geregelt wird, die die Reichsregierung nach Anhörung der Versicherungsträger und der Ärzte oder ihrer Spitzenverbände mit Zustimmung des Reichsrats und eines Reichstagsausschusses zu erlassen ermächtigt ist und die sich auch auf das Heilverfahren und die allgemeinen Maßnahmen der Versicherungsträger zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung beziehen können. Demgemäß sind Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom 27. Februar 1929 (RGBl. I S. 69) ergangen, die vorwiegend die Fürsorge für Tuberkulöse und Geschlechtskranke in einheitliche Bahnen leiten, ohne rechtlich bindend zu sein. Die in Frage kommenden Versicherungsträger sollen mit Trägern der Wohlfahrtspflege, Gesundheitsbehörden, der Ärzteschaft und anderen beteiligten Stellen Arbeitsgemeinschaften oder ähnliche Verbindungen eingehen, die ihre Verfassung und ihre sonstigen rechtlichen Beziehungen zu den Teilnehmern selbst im Gründungsvertrag oder ihm gemäß regeln. Auch unabhängig von den Richtlinien finden sich Arbeitsgemeinschaften von Versicherungsträgern. Ihre Rechtsform ist nur von Fall zu Fall zu bestimmen. Öffentlichrechtliche Gebilde sind sie nicht.

2. Zur wirtschaftlichen Stärkung und gegenseitigen Stützung der Versicherungsträger dient die gemeinsame Tragung der Last der versicherten Wagnisse. Die Lastengemeinschaft kann vollständig sein, so daß die beteiligten Versicherungsträger nur mehr als Verwaltungsstellen einer einzigen Versicherungsveranstaltung und Gefahrengemeinschaft erscheinen. Es kann aber auch nur ein Teil der Last von mehreren Versicherungsträgern gemeinsam getragen werden, wodurch eine der privaten Rückversicherung vergleichbare Erscheinung entsteht. Die Lastengemeinschaft erstreckt sich nach Gesetz und Übung in der deutschen Sozialversicherung niemals über einen Versicherungszweig (im organisatorischen Sinne des positiven Rechts) hinaus, so daß die zu versicherungstechnischen Zwecken rechtlich geschiedenen Risiken trotz der inneren Verwandtschaft der Versicherungsfälle auch bei der Rückdeckung geschieden bleiben. Nur zur Vermeidung von Leistungshäufung und bei der sogenannten Wanderversicherung wird auf ihren tatsächlichen Zusammenhang Rücksicht genommen (s. § 19 Anhang, § 21, 7a), aber ohne daß eine Lastengemeinschaft der beteiligten Träger hergestellt würde. Zur gemeinsamen Tragung der Last können besondere organisatorische Gebilde geschaffen oder benutzt werden. Ein solches haben wir bereits in dem Kassenverband (1a) angetroffen, der für die ihm angeschlossenen Kassen die Ausgaben für die Leistungen bis zur Hälfte oder innerhalb dieser Grenze die Ausgaben für bestimmte Krankheitsarten oder Erkrankungsfälle bis zur vollen Höhe tragen kann (§ 407 Nr. 5 RVO.), wobei er selbstverständlich Deckung in Beiträgen der Mitgliedskassen (§ 409 Nr. 5) suchen muß, wobei aber die Grundlage für die Risikoverteilung verbreitert wird. Besondere Organisationen können auch dann entstehen, wenn Träger der Unfallversicherung gemeinsam Einrichtungen treffen (§§ 847, 1029, 1198 RVO.), die Versicherung der Unternehmer usw. gegen Haftpflicht oder Rentenzuschußkassen usw. für die Genossenschaftsmitglieder und -angestellten betreiben sollen (§ 843 RVO.). In diesen Fällen und überhaupt bei gemeinsamer Lastentragung kann aber auch von einer besonderen Organisation abgesehen und die Gemeinsamkeit auf eine Abrechnung beschränkt werden, so daß zwischen mehreren Versicherungsträgern ein bloßes Gesellschaftsverhältnis entsteht. Dabei kann die Abrechnung durch die Aufsichtsbehörde vermittelt werden. Für die Krankenversicherung ist die Einrichtung der „Gemeinlast" (§§ 367a ff. RVO.), die im Verhältnis der Kassen im Bezirke jedes Oberversicherungsamtes zueinander in der Nachkriegszeit eingeführt worden war, durch G. vom 9. Juli 1926 (RGBl. I S. 407) wieder beseitigt worden. Berufsgenossenschaften können ver-

einbaren oder vom Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrates angewiesen werden, ihre Entschädigungslast ganz oder zum Teil zusammenzulegen (§§ 714 bis 716, 982 RVO.). In der Invalidenversicherung wurde anfangs zwischen Gemeinlast und Sonderlast der Landesversicherungsanstalten — ähnlich wie jetzt noch innerhalb der Reichsknappschaft bei der Pensionsversicherung zwischen Gemeinlast und Sonderlast der Bezirksknappschaften (§§ 127f. RKnG.) — unterschieden (§§ 1395ff. RVO. ursprünglicher Fassung). Nunmehr, seit dem G. vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 984) und den Verordnungen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. I S. 1057) und vom 16. April 1924 (S. 405), wird der jährliche Gesamtaufwand aller Versicherungsanstalten an Renten nach Abzug der Reichszuschüsse durch das Reichsversicherungsamt auf sämtliche Versicherungsträger nach Maßgabe ihrer Beitragseinnahmen verteilt (§ 1405 RVO.). Die Träger der Invalidenversicherung bilden also wie Einheitsträger eine einzige Risikogemeinschaft für alle Rentenfälle und erfreuen sich nur für gewisse nebensächliche, nicht versicherungsmäßige Aufgaben und Aufwendungen einer gewissen Selbständigkeit (vgl. §§ 1269, 1274, 1400).

II. Unterteilungen organisatorischer Art haben wir bei den großen Einheitsträgern der Knappschafts- und der Arbeitslosenversicherung schon angetroffen, während die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zwar keine Unterteilungen und dezentralisierten Kollegialorgane, in den Vertrauensmännern aber doch wenigstens örtliche Hilfsorgane und in den Ortsausschüssen einen Ansatz zu weiterer Zergliederung aufweist. Alle diese Erscheinungen gehen uns hier nichts an, weil sie im Rahmen der gesetzlichen Organisation der Träger als notwendig vorgeschrieben sind. Darüber hinaus kommt es vor, daß ein vom Gesetz an sich einheitlich gedachter Versicherungsträger sich zur Erleichterung der Verwaltung oder zur zweckmäßigen Verteilung des Risikos in sich zergliedern, Abteilungen bilden kann. Organisatorisches Moment und Lastentragung gehen hierbei meist Hand in Hand. So können Krankenkassen von sich aus für örtliche Bezirke, fachlich bestimmte Gruppen ihrer Mitglieder oder für einen oder mehrere Betriebe Sektionen bilden oder vom Oberversicherungsamt dazu angewiesen werden; sie haben dann den Sektionen einen Teil der Einnahmen und der Leistungen zu eigener Bewirtschaftung zu überweisen (§§ 415 bis 415b RVO.). Berufsgenossenschaften können nach ihrer Satzung in örtliche Sektionen eingeteilt werden (§ 678 Nr. 2, §§ 973, 1144 RVO.), um die praktisch verwaltungführende Stelle näher an die Beteiligten heranzubringen; das Reichsversicherungsamt kann bis zum 1. Januar 1935 Änderungen der satzungsmäßigen Geschäftsverteilung zwischen Genossenschaft und Sektionen und wohl auch Einführung der Sektionsgliederung verlangen und notfalls anordnen (V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931, RGBl. I S. 279, V. Teil, Kap. III). Die Sektionen erhalten Sektionsversammlungen und Sektionsvorstände als eigene Organe (§ 679) und können mit einem Teil der Entschädigungen für die in ihrem Bezirk eintretenden Unfälle vorbelastet werden, wofür sie dann eine mindestens rechnerisch gesonderte Umlage von den Sektionsmitgliedern erheben (§§ 713, 980f. RVO.). Im Unterschiede zu den Sektionen der Berufsgenossenschaften haben die bei ihnen zu bildenden Gefahrklassen keine organisatorische Bedeutung und verbinden auch nicht die ihnen zugehörigen Betriebe zu einer engeren Gefahrengemeinschaft, dienen vielmehr nur der Abstufung der Beiträge nach dem Risiko des einzelnen Versicherungsverhältnisses (§§ 706ff., 979, 1148ff. RVO., vgl. § 15, 3, S. 121).

II. Teil.

Die Geschäfte der Versicherungsträger.

§ 12. Überblick.

Mit der Verfassung der Versicherungsträger (I. Teil) wurde das Rechtsverhältnis dargestellt, das als Mitgliedschaft oder Angehörigkeit die Versicherten und ihre Arbeitgeber mit den Versicherungsträgern verbindet. Dieses Rechtsverhältnis von meist längerem Bestand ist die Grundlage, auf der die Durchführung der Sozialversicherung sich entfaltet, der Organismus oder das Rechtsgrundsverhältnis im Sinne der Lehre HEINRICH SIBERS, aus dem Beitragspflichten und Leistungsansprüche als wiederkehrende oder einmalige Auswirkungen hervortreiben. Standen bei der Verfassung Mitglieder und Angehörige einerseits, Versicherungsträger andrerseits sich im Zustande der Ruhe gegenüber, so handelt es sich nun um immer wieder neu auftretende, in ständigem Flusse befindliche Rechtsverhältnisse. Die Versicherungsträger müssen bei ihrer Erledigung eine sich stets erneuernde Tätigkeit entfalten. Sie haben beim Entgegennehmen oder Hereinholen der Beiträge und beim Gewähren der Leistungen aktive Verwaltung zu üben. Aufbringung der benötigten Mittel und — als eigentliches Ziel der ganzen Veranstaltung — Ausschüttung der vorgesehenen Leistungen sind die wichtigsten Geschäfte der Versicherungsträger. Sowohl das Beitragsverhältnis (Erstes Kapitel) wie das Leistungsverhältnis (Zweites Kapitel) spielt sich zur Hauptsache ab zwischen dem Versicherungsträger und seinen Mitgliedern oder Angehörigen. Hinzu kommen als Geschäfte der Versicherungsträger, ohne deren ordnungsmäßige Erledigung sie nicht bestehen können, die Aufgaben ihrer inneren Verwaltung (Drittes Kapitel), zumal der Vermögensverwaltung, die nicht das Rechtsverhältnis zum einzelnen Mitglied oder Angehörigen berühren, aber doch in der Verfassung der Träger geregelt und von dem Rechtsverhältnis des Versicherungsträgers zum übergeordneten Gemeinwesen umschlossen sind.

Erstes Kapitel

Das Beitragsverhältnis.

§ 13. Versicherungstechnische Grundlagen der Beitragsbemessung.

Der Deckung des Geldbedarfes der Sozialversicherung und damit auch der Ermittlung der Höhe, in der Beiträge für die Versicherungsträger erhoben werden müssen, liegen Erwägungen und Erfahrungen gleicher Art zugrunde, wie sie auch sonst in der Versicherung gemacht werden. Nach der Weise, wie die zu erwartenden Ausgaben gedeckt und auf die Versicherungsteilnehmer verteilt werden, kann man unterscheiden das Umlageverfahren (I), das Anwartschaftsdeckungsverfahren (II) und das Kapitaldeckungsverfahren (III). Gelegentlich werden in einer der Versicherung wesensfremden Weise zur Deckung des Aufwandes Mittel herangezogen,

die nicht durch Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber aufgebracht werden (IV).

I. Das Umlageverfahren ist grundsätzlich darauf eingestellt, den während eines kurzen Zeitraumes — meist eines Jahres — entstandenen Gesamtaufwand der Versicherungsgemeinschaft nachträglich auf die Teilnehmer nach den Versicherungssummen, nach der Kopfzahl oder nach einem anderen Schlüssel umzulegen, d. h. von den Teilnehmern Zahlungen einzuziehen, die insgesamt den Aufwand des Zeitraumes decken. Zum Gesamtaufwand gehören neben den Ausgaben für Versicherungsleistungen die Verwaltungskosten. Das Umlageverfahren ist das denkbar einfachste Deckungsverfahren. Durch Vorauserhebung der Einzahlungen in der mutmaßlich benötigten Höhe, durch Berücksichtigung des Grades des beim einzelnen Teilnehmer bestehenden Risikos und durch Bildung von Rücklagen für spätere Versicherungszeiträume kann es verfeinert werden. Auch die Verteilung der Beitragszahlungen in gleichmäßigen Teilbeträgen auf kurze Zeiträume (Wochen, Monate) innerhalb der Versicherungsperiode und das Verlangen eines nach Höhe oder Dauer bestimmten Mindestbeitrages vor Einräumung des Leistungsanspruches (s. § 19) stellen Abwandlungen dar, die gleichbleibender Belastung der Beitragspflichtigen und dauernder Leistungsfähigkeit der Versicherungseinrichtung dienen. Im Grundsatz aber bestreitet beim Umlageverfahren immer der Versicherungsträger die Ausgaben des laufenden Zeitraums aus den laufenden Einnahmen des gleichen Zeitabschnittes, so daß bei einer Auflösung der Veranstaltung kein Vermögen übrig bleibt, aus dem etwa noch unerledigte oder später entstehende Ansprüche gedeckt werden könnten. Das Umlageverfahren eignet sich deshalb versicherungstechnisch vorzugsweise zur Deckung solcher Versicherungsfälle, die, wenn überhaupt, so bald eintreten und binnen kurzer Zeit erledigt werden können, die also nicht zu langfristigen Versicherungsleistungen führen. Laufen die Leistungen (als Renten) längere Zeit und durch mehrere Versicherungszeiträume hindurch, so werden bei Anwendung des Umlageverfahrens die Deckungsmittel für die späteren Teilleistungen erst in den späteren Zeiträumen von den dann Beitragspflichtigen aufgebracht. Setzt zugleich der Anspruch auf Leistungen einen langfristigen Bestand des Versicherungsverhältnisses und die Einzahlung erheblicher Mindestbeiträge voraus, so laufen die früheren Beitragszahler Gefahr, bei Eintritt des Versicherungsfalles keinen leistungsfähigen Versicherungsträger mehr anzutreffen. Wird das Umlageverfahren auf langfristige Wagnisse angewendet, so werden die Leistungen an die gegenwärtigen Empfänger, die gewöhnlich keine Beiträge mehr zahlen, aus den Einzahlungen der gegenwärtig Beitragspflichtigen gedeckt und wird die gegenwärtig Beiträge zahlende Generation für die ihr zukommenden Leistungen auf die künftige Generation angewiesen. Diese zwischenzeitliche Risikogemeinschaft gibt aber den gegenwärtigen Beitragszahlern geringe Sicherheit für die dermaleinstige Erlangung von Leistungen und führt für die kommende Generation zu einer Vorwegbelastung. Auf lange Sicht aufgebaute, mit voraussichtlich langjährigen Leistungen belastete Versicherungseinrichtungen lassen deshalb vom versicherungstechnischen Standpunkt aus andere, weiter als das Umlageverfahren vorausschauende Deckungsmethoden erwünscht erscheinen.

In der deutschen Sozialversicherung ist das Umlageverfahren mehr und mehr zum herrschenden geworden.

1. Es findet sich von jeher in der Krankenversicherung, für die es sich wegen der gleichmäßigen personellen und zeitlichen Verteilung der Wagnisse und wegen der kurzen Dauer der Versicherungsfälle (bei überdies rechtlich beschränkter Leistungsdauer, §§ 183, 187 Nr. 1, §§ 195a, 205, 205a RVO.) einwandfrei eignet. Das Gesetz schreibt das Umlageverfahren erkennbar vor, indem es sagt, daß die — von Arbeitgebern und Versicherten aufzubringenden, § 380 RVO. — Beiträge so zu bemessen sind, daß sie, die anderen Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen

Ausgaben der Krankenkasse ausreichen (§ 385 Abs. 1). Als versicherungsrechnerischer Zeitraum kommt dabei das Geschäftsjahr der Kasse, nach § 164 RVO. das Kalenderjahr, in Betracht. Als Beitragsschlüssel dient neben der Kopfzahl die auf dem Weg über den Grundlohn ermittelte Höhe des Arbeitsentgelts. Eine Mindestbeitragsdauer ist nicht vorgesehen; Leistungsansprüche können unmittelbar nach Eintritt in das Versicherungsverhältnis erlangt werden. Das besondere Risiko kann durch Abstufung der Beitragshöhe nach Erwerbszweigen und Berufsarten und durch Höherbemessung der Beitragsteile solcher Arbeitgeber, in deren Betrieben die Erkrankungsgefahr erheblich erhöht ist, berücksichtigt werden (§ 384). Es muß berücksichtigt werden durch Kürzung der Beiträge für Versicherte, die während einer Krankheit Arbeitsentgelt erhalten und deren Anspruch auf Kranken- und Hausgeld deshalb ruht (§ 189 Abs. 1 RVO. in der Fassung der V. vom 1. Dezember 1930, RGBl. I S. 517); es muß oder kann ferner berücksichtigt werden für einzelne Arten Versicherter (§§ 215, 420, 421, 455, 462, 475, 494 RVO.). Eine Abweichung von den Grundsätzen versicherungsmäßiger Finanzierung bedeutet es, wenn bei Krankenkassen mit räumlich weit ausgedehntem Bezirke den einzelnen Arbeitgebern durch die Satzung die Kosten für Arzt- und Krankenfuhren ihrer Beschäftigten auferlegt werden (§ 392a). Die Ansammlung einer Rücklage ist den Krankenkassen durch § 364 RVO. vorgeschrieben, jedoch seit der V. vom 26. Juli 1930 (RGBl. I S. 311) nur mehr bis zum Betrag einer Vierteljahrsausgabe (statt Jahresausgabe) im dreijährigen Durchschnitt und unter Verwendung von mindestens 1 vom Hundert (statt einem Zwanzigstel) des Jahresbetrags der Kassenbeiträge. Die verminderte Ausstattung der Rücklage dürfte zu häufigerer Änderung der Sätze für Beiträge und Leistungen führen, die ohnehin ständig in Einklang miteinander gehalten werden müssen (vgl. §§ 386ff., bes. § 392 RVO., ferner V. vom 5. Juni 1931, RGBl. I S. 279, V. Teil, Kap. IV, §§ 1, 3). — Die gleichen Grundsätze wie für das Deckungsverfahren der allgemeinen Krankenversicherung gelten in der knappschaftlichen Krankenversicherung (§ 119 RKnG.), nur daß hier wie früher auch nach § 384 Abs. 2 RVO. (aufgehoben durch V. vom 26. Juli 1930) bei Familienhilfe von den Versicherten mit Familienangehörigen ein Zusatzbeitrag erhoben werden kann (§ 118 RKnG.).

2. Auch die Arbeitslosenversicherung arbeitet mit dem Umlageverfahren (§§ 142, 149ff. ArblVG.), nur daß hier der Rechnungszeitraum in vielen Beziehungen sehr kurz, nämlich auf einen Monat bemessen (§§ 155, 157, 161 usw.), der Leistungsanspruch von Erfüllung einer Anwartschaftszeit (§ 87 Abs. 1 Nr. 2, §§ 95 bis 98a) abhängig und die Bildung einer erheblichen, aber, wie die Praxis zeigt, doch nicht entfernt ausreichenden Rücklage als „Notstock" vorgeschrieben ist (§ 159). Die Berücksichtigung besonderer Wagnisse ist seit der V. vom 26. Juli 1930 dadurch ermöglicht, daß für Betriebe oder Betriebsgruppen, für deren Angehörige die Arbeitslosenversicherung erheblich stärker als der Durchschnitt in Anspruch genommen wird, die Arbeitgeber zu erhöhten Beiträgen herangezogen werden können (§ 150 Abs. 3 ArblVG.). Von dieser Möglichkeit ist praktisch noch kein Gebrauch gemacht worden. Das kurzfristige Umlageverfahren hat sich in der Arbeitslosenversicherung als ungenügend erwiesen; die Möglichkeit, die Beitragshöhe teilweise nach dem Bedarf von Bezirken der Landesarbeitsämter oder Arbeitsämter gesondert statt für das Reichsgebiet einheitlich festzusetzen, ist noch niemals praktisch geworden. Der Notstock war immer wieder schnell erschöpft. Zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers sind im Gesetz von vornherein Darlehen des Reiches vorgesehen (§ 163 ArblVG.), deren Höchstbetrag vom 1. April 1931 ab im Reichshaushaltplan festgesetzt werden muß (V. vom 26. Juli 1930). Überdies hat das Reich der Reichsanstalt wiederholt erhebliche Zuschüsse unter Verzicht auf Rückforderung geben müssen, und ihrem wirtschaftlichen Aufbau nach kann die Arbeitslosenversicherung kaum mehr als eine echte Versicherung angesehen werden. Das Risiko der Arbeitslosigkeit eignet sich wohl, wenn es auf den rechten Umfang beschränkt

wird, für das Umlageverfahren, aber dieses muß mit langen, dem Verlaufe der Konjunkturkurve entsprechenden Zeiträumen rechnen und der Versicherungsträger mit einer demgemäß hohen Rücklage ausgerüstet werden.

3. Das Umlageverfahren ist ferner weitverbreitet in der Unfallversicherung, deren rechtlichem Aufbau es insofern entspricht, als hier den Versicherten Leistungen vom Augenblick des Eintritts in die Versicherung an, ohne Mindestversicherungsdauer, zustehen können und die Deckungsmittel allein von den Unternehmern aufgebracht werden, deren Zugehörigkeit zum Versicherungsträger gewöhnlich viel beständiger ist als die der Arbeitnehmer, wodurch anfallende langfristige Leistungen und nach kurzen Zeiträumen bemessene Beiträge zwischenzeitlich ausgeglichen werden. Immerhin bietet die Deckung bereits entstandener Rentenansprüche aus der Umlage künftiger Rechnungszeiträume den Berechtigten geringe Sicherheit. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften mit Ausnahme der Tiefbau-Berufsgenossenschaft, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die See-Berufsgenossenschaft haben die Mittel für ihre Aufwendungen durch Mitgliederbeiträge der Unternehmer aufzubringen, die den Bedarf des abgelaufenen Geschäftsjahres decken (§§ 731, 989, 1162 RVO.). Zur Bestreitung der Ausgaben für Leistungen und Verwaltung während des Geschäftsjahres können Vorschüsse auf die Beiträge erhoben werden (§§ 737 bis 739, 1011, 1164). Der Verteilung des Gesamtbedarfs auf die einzelnen Beitragspflichtigen wird unmittelbar oder in abgewandelter Form das Arbeitsentgelt, das die Versicherten in den Betrieben verdient haben (§§ 732ff., 1148, 1169ff.), und der Grad der Betriebsgefahr (§§ 706ff., 732, 1149, 1169) zugrundegelegt; für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind außer dem Maßstab des Arbeitsbedarfs und der Gefahrklassen (§§ 979, 990ff.) noch der des Steuerfußes (§§ 1005ff.) und andere Maßstäbe (§ 1010) zugelassen. Die Berufsgenossenschaften haben Rücklagen bis zur Höhe des Dreifachen der durchschnittlichen jährlichen Rentensumme anzusammeln (§§ 741 bis 747, 1013, 1164). — Außer bei den Berufsgenossenschaften selbst ist das Umlageverfahren eingeführt bei den Zweiganstalten für Bauarbeiten nichtgewerbsmäßiger Art (§ 629 Abs. 1, §§ 783ff.), soweit sog. kurze Bauarbeiten in Betracht kommen. Die Mittel zur Deckung des Aufwands für die Versicherung dieser Tätigkeiten werden nach dem Bedarf des abgelaufenen Geschäftsjahres auf die bezirkszugehörigen Gemeinden nach Verhältnis ihrer Volkszahl umgelegt (§ 798 Nr. 2, § 825) und von den Gemeinden mit den sonstigen Gemeindeabgaben, gegebenenfalls durch Belastung der Grund- und Gebäudebesitzer, aufgebracht (§§ 833f.).

4. Die beiden Rentenversicherungen, Invaliden- und Angestelltenversicherung, decken ihre Aufwendungen seit Abschluß des Währungsverfalles ebenfalls nach dem Umlageverfahren. Allerdings ist die Gestalt des Deckungsverfahrens hier aus dem Gesetz nicht ersichtlich, weil sowohl die wichtigsten Leistungen wie die Beiträge, abgestuft nach der Höhe des Arbeitsentgelts (§§ 1245, 1392 RVO., § 140 RKnG., §§ 171, 172 AVG.), in ihrer Höhe gesetzlich festgelegt sind. Dieser Festlegung liegen aber Berechnungen zugrunde, die von der Umlegung des jährlichen Ausgabenbedarfs auf die derzeitigen Beitragszahler ausgehen und zugleich die Ansammlung von wenigstens in der Angestelltenversicherung erheblichen Rücklagen vorsehen. Auch ist für die Angestelltenversicherung die Aufstellung versicherungstechnischer Bilanzen in fünfjährigen Zeitabschnitten zwecks Nachprüfung der Beitragshöhe vorgeschrieben (§ 173 AVG.). Reichliche Rücklagenbildung könnte die Rückkehr zu einem Deckungsverfahren erleichtern, das gegenüber dem Umlageverfahren größere Sicherheit bietet. Auch das Erfordernis mehrjähriger Beitragszahlung vor Erlangung der Anwartschaft auf Leistungen (§ 1278 RVO., § 53 AVG.), das den Versicherungsträger vor übermäßiger Belastung schützt, sollte dazu führen, daß dem Versicherten eine wirtschaftliche Gewähr für die ihm später zustehenden Leistungen geboten wird. Ein Umlageverfahren, das nur mit der Gegenwart rechnet

und mit einem Rechnungszeitraum arbeitet, der kürzer ist als die Abwicklungsdauer des durchschnittlichen Versicherungsfalles, das also die lange Laufdauer der meisten Renten nicht berücksichtigt, wird für die Bestandsfähigkeit der Versicherungseinrichtung insbesondere dann gefährlich, wenn die Zahl der Beitragspflichtigen nicht in gleichem Maße steigt wie die Zahl der Rentenempfänger und die Summe der Leistungen. Das ist aber infolge von Umschichtungen in der Bevölkerung und infolge von Veränderungen im Recht in der Invalidenversicherung, wo immerhin noch die Ausfallhaftung nach § 1402 RVO. besteht, jetzt schon erkennbar der Fall und in der Angestelltenversicherung demnächst zu erwarten.

Entgegen den Geboten versicherungsrechnerischer Vorsicht ist auch das Recht der knappschaftlichen Pensionsversicherung seit der Neufassung vom 1. Juli 1926 zum Umlageverfahren übergegangen, wobei nur eine Rücklage in Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe zu bilden ist (§ 132 RKnG.). In der Vorschrift, daß eine notwendig werdende Minderung der Leistungen sich auch auf die schon laufenden Pensionskassenleistungen (nur nicht auf die schon fälligen Hebungen) erstrecken kann (Abs. 4), treten die Gefahren des kurzfristigen Deckungsverfahrens deutlich hervor, und die gegenwärtige Notlage der knappschaftlichen Pensionskassen beleuchtet sie klar. Die Diktaturverordnung vom 5. Juni 1931 (V. Teil, Kap. I) beginnt, die Folgerungen daraus zu ziehen. Dem mit der Inaussichtstellung von Alterspensionen (§§ 36, 37 58, 59 RKnG.) verknüpften Sonderrisiko ist durch Zusatzbeiträge Rechnung zu tragen (§ 129).

II. Den vollen Gegensatz zum Umlageverfahren bildet das Anwartschaftsdeckungsverfahren, bei dem in jedem Rechnungszeitraum an Beiträgen soviel erhoben wird, daß mit dem angesammelten Kapital die durch die Beitragszahlungen entstandenen Teilanwartschaften anteilig gedeckt werden können, auch wenn weder der Versicherungsfall schon eingetreten noch auch nur die zur Erfüllung der vollen Anwartschaft erforderliche Mindestbeitragsdauer (Wartezeit) voll zurückgelegt ist. Dabei wird das Deckungskapital nicht für den einzelnen Versicherten, sondern für die ganze Versicherungsgemeinschaft berechnet. Jeder Teilnehmer hat dabei die Gewähr, daß auch im Falle der Auflösung des Versicherungsträgers so viel Vermögen vorhanden ist, wie zur Deckung der von ihm erworbenen Teilanwartschaft gebraucht wird. Das Verfahren bietet dem Einzelnen große Sicherheit und der ganzen Einrichtung die festeste Grundlage. Es ermöglicht langzeitig gleichmäßige und auf die Dauer niedrige Beiträge. Die etwaigen Ersparnisse in einer Generation von Versicherten kommen der Zukunft zugute, indem sie Beitragsermäßigungen ermöglichen, während umgekehrt das Umlageverfahren, wenn es auf langfristige Versicherungsfälle angewendet wird, die kommenden Generationen mit den Lasten der Gegenwart beschwert. So ist das Anwartschaftsdeckungsverfahren das geeignetste für Versicherungen mit langfristigen Leistungen. Vor dem Währungsverfall war es für die Invaliden- und die Angestelltenversicherung und bis 1926 für die knappschaftliche Pensionsversicherung vorgesehen. Die Anwendung in jenen beiden Zweigen wurde damals allerdings dadurch erleichtert, daß in den ersten Jahren des Bestandes der Versicherungseinrichtungen nur Beiträge einflossen (und kapitalisiert wurden), während die ersten Leistungen erst später (nach Umfluß der Anwartschaftszeit) fällig wurden, wogegen beim Wiederaufbau nach dem Währungsverfall neben den neu erwachsenden Anwartschaften sogleich auch laufende Leistungen aus alten Versicherungsverhältnissen gedeckt werden mußten.

III. Das Kapitaldeckungsverfahren steht technisch und der Zuverlässigkeit nach zwischen den beiden anderen Deckungsverfahren. Bei ihm werden im Rechnungszeitraum nicht nur die wirklich ausgezahlten Leistungen durch Beiträge aufgebracht, sondern auch die Kapitalien, die nötig sind, um die innerhalb der Periode eingetretenen Versicherungsfälle bis zu ihrer völligen Abwicklung mit Leistungen zu bedecken. Am Ende des Rechnungszeitraumes ist also ein aus den Einnahmen dieses Zeitraumes aufgesammeltes Vermögen vorhanden, das ausreicht, um jedem vom Versicherungsfall betroffenen Versicherten auch späterhin alle die Leistungen auszuzahlen, auf die er noch Anspruch hat, wobei der mutmaßliche

künftige Ausgabenbedarf nach statistischen Erfahrungen und versicherungsrechnerischen Grundsätzen berechnet wird. Wer einmal in den Genuß von Leistungen getreten ist, hat die Sicherheit, daß diese Leistungen auch in späteren Rechnungszeiträumen durchgeführt werden können. Hingegen fehlt es an kapitalmäßiger Deckung für diejenigen Leistungen, auf die die gegenwärtigen Beitragszahler Anwartschaft erwerben, ohne daß der Versicherungsfall schon im laufenden Rechnungszeitraum eintritt. Wo der Leistungsanspruch an eine Mindestbeitragsdauer geknüpft ist, genügt also auch dieses Verfahren nicht zur sicheren Deckung der künftigen, mit Beiträgen schon teilweise belegten Leistungen.

Das Kapitaldeckungsverfahren ist — wegen des verhältnismäßig kurzen Bestandes der Einzelunternehmung und des hohen und stark schwankenden Risikos — vorgeschrieben für die Tiefbau-Berufsgenossenschaft. Bei ihr müssen die Beiträge des Geschäftsjahres neben den anderen Aufwendungen den Kapitalwert der Renten decken, die ihr im abgelaufenen Geschäftsjahre zur Last gefallen sind (§ 731 Abs. 2 RVO.). Die Beiträge werden nach den auch sonst in der gewerblichen Unfallversicherung angewandten Maßstäben umgelegt. Die allgemeinen Regeln über die Bildung der Rücklage gelten bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft nicht, weil neben dem Deckungskapital eine weitere Rückstellung nicht dringlich ist; die vorhandene Rücklage ist aber in ihrer Höhe zu erhalten (§ 748). Das Kapitaldeckungsverfahren findet weiter Anwendung bei den Zweiganstalten für Bauarbeiten, soweit es sich um längere, auf Kosten der Unternehmer versicherte Bauarbeiten handelt (§ 798 Nr. 1, §§ 804ff.), bei den Zweiganstalten für Halten von Reittieren oder Fahrzeugen sowie bei der an ihre Stelle getretenen Versicherungsgenossenschaft (§ 731 Abs. 3, § 842) und bei der Zweiganstalt für den Kleinbetrieb der Seeschiffahrt sowie für See- und Küstenfischerei (§ 1163). Bei diesen Sondereinrichtungen wird auf der Grundlage der versicherungsrechnerischen Daten ein Prämientarif aufgestellt (§ 731 Abs. 3, §§ 802ff., 838, 842, 1163, 1195), so daß die Höhe der Belastung für den Beitragspflichtigen schon im voraus ersichtlich ist. Für die Zweiganstalten der gewerblichen Berufsgenossenschaften und für die Versicherungsgenossenschaft ist eine besondere Rücklage anzusammeln (§ 787 Abs. 2, § 842).

IV. Die Beschaffung der erforderlichen Mittel durch Beiträge steht bei allen Versicherungsträgern im Vordergrund und ist für jede Versicherung wesensnotwendig. Daneben erzielen die Versicherungsträger meist Einnahmen aus den Zinsen ihrer Vermögensbestände (auch innerhalb des Rechnungszeitraumes beim Umlageverfahren) und in geringerem Umfang aus Strafgeldern, Gewinnen werbender Einrichtungen und gelegentlichen freiwilligen Zuwendungen. Solche Einnahmen beeinträchtigen nicht den Versicherungscharakter, wie ja auch auf der Ausgabenseite neben den eigentlichen Versicherungsleistungen Verwaltungskosten und Aufwendungen für Schadenverhütung (individuell vorbeugende Leistungen und allgemeine Gesundheitsfürsorge) auftauchen. Ein der Versicherung an sich fremdes Moment ist aber die teilweise Deckung des Ausgabenbedarfs durch Zuzahlungen aus allgemeinen Finanzmitteln. Solche Zuzahlungen leistet das Reich an die Krankenkassen zu den Kosten der Familienwochenhilfe (Reichszuschuß von 50 Reichsmark für jeden Entbindungsfall, § 205d RVO., jedoch nach § 12 des Reichshaushaltgesetzes vom 30. März 1931, RGBl. II S. 92, nicht im Rechnungsjahr 1931; vgl. ferner V. über die Abgeltung ... im Rechnungsjahre 1930 vom 31. März 1931, RGBl. I S. 130), zu den Renten der Invalidenversicherung (Reichszuschuß von jährlich 72 Reichsmark für jede Invaliden-, Witwen- und Witwerrente, 36 Reichsmark für jede Waisenrente, § 1285 RVO., Reichsbeitrag zu alten Hinterbliebenenrenten und Steigerungsbeträgen aus alten, vor dem Währungsverfall entrichteten Beiträgen nach G. vom 8. April 1927, RGBl. I S. 98, und vom 29. März 1928, S. 116[1])

[1] Einzelangaben über die Reichsbeiträge in der Statistik der Sozialversicherung 1929, AN. 1930, Beilage zu Nr. 12, S. IV 606f., Übersicht 16.

und überdies an die Versicherungsanstalten für Zwecke der Invalidenversicherung (Zollmittel nach G. vom 17. August 1925, S. 261, und vom 28. April 1930, S. 145; gegebenenfalls auch aus dem Lohnsteueraufkommen nach der vom Reichstag am 27. Mai 1929 beschlossenen, vom Reichsrat mit Einspruch belegten, aber mit seiner Zustimmung teilweise durchgeführten „lex Brüning"), ferner an die Reichsknappschaft für die knappschaftliche Pensionsversicherung (Lohnsteuerüberschüsse nach der lex Brüning; vgl. neuestens V. Teil, Kap. I der V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931). Auch hat das Reich wiederholt der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung verlorene Zuschüsse gegeben. Hingegen stellen die der Reichsanstalt nach § 163 ArblVG. zu gewährenden Darlehen des Reiches nur insoweit drittseitige Hilfen zur Deckung des Versicherungsbedarfes dar, als sie nicht oder ungewöhnlich niedrig zu verzinsen sind. Auch die Zahlungen der Gemeinden für die Unfallversicherung der kurzen Bauarbeiten (§§ 825ff. RVO.), für die Beiträge zur Zweiganstalt der See-Berufsgenossenschaft (§§ 1195, 1196) und zur Deckung der Lasten aus Unfällen bei Kleinbetrieben und Tätigkeiten in Wohlfahrtspflege und Gesundheitsdienst (§ 735a) bedeuten nicht so sehr eine drittseitige, versicherungswidrige Finanzierung, als vielmehr eine durch Zweckmäßigkeitserwägungen (Ersparung von Verwaltungsaufwand) bedingte Verschiebung der Beitragspflicht. Die Ausfallhaftungen der Errichtungsgemeinwesen für die Verpflichtungen leistungsunfähiger Versicherungsträger (s. § 23 I 2, S. 177) stören ebenfalls nicht den versicherungsmäßigen wirtschaftlichen Aufbau dieser Träger.

§ 14. Buchmäßige Unterlagen der Beitragserhebung.

Die Aufbringung der benötigten Mittel setzt nicht nur die Annahme eines geeigneten Deckungsverfahrens voraus, sondern auch die Verteilung des Gesamtbeitrags auf die einzelnen Zahlungspflichtigen. Hierzu bedürfen die Versicherungsträger technischer Hilfsmittel, insbesondere buchmäßiger Unterlagen über den Bestand an Beitragspflichtigen und das Maß ihrer Beteiligung an der Gesamtlast. Der Gewinnung dieser Hilfsmittel dienen die Pflichten zu Meldungen oder sonstiger Erkennbarmachung des versicherten Tatbestandes (I). Mehrfach haben die Versicherungsträger auf Grund der Meldungsergebnisse Verzeichnisse zu führen, die über die Beitragspflicht Aufschluß geben (II). Überdies werden die Versicherungsverhältnisse für die Beitragsberechnung in Klassen zusammengefaßt (III). Bei alledem zeigen die verschiedenen Versicherungszweige sehr starke Abweichungen, so daß die für einen Zweig getane Verwaltungsarbeit des Trägers und der privaten Beteiligten den anderen Zweigen nur wenig zugutekommt.

I. Die Meldepflichten wurden bereits bei der Verfassung der Versicherungsträger erwähnt. Eigentliche Meldungen über das einzelne Versicherungsverhältnis sind nur vorgeschrieben in der Krankenversicherung (§ 9 II 1d, S. 70f.) und in der Arbeitslosenversicherung (§ 10 IV 4, S. 103), wobei in der Mehrzahl der Fälle die Meldungen für beide Versicherungen miteinander verbunden (§ 84 ArblVG.) sind, sowie in der Knappschaftsversicherung (§ 15 Abs. 3, §§ 28, 49, 101 RKnG.). In der Unfallversicherung bezieht die Meldepflicht sich auf den ganzen Betrieb, um dessentwillen die Mitgliedschaft des Unternehmers bei einer Berufsgenossenschaft entsteht; hinzu kommt die Pflicht zur Einreichung von Lohnnachweisen (vgl. § 9 III 1c, S. 81). In den Rentenversicherungen gibt es keine Meldepflichten. Statt dessen sind die Versicherten zur Beschaffung und Vorlegung der Quittungs- oder Versicherungskarte und die Arbeitgeber oder die Versicherten zur Verwendung der Beitragsmarken verpflichtet (s. § 10 II 4, III 5, S. 95, 98), wobei sie überwacht werden. Der Versicherungsträger erhält von seinen Angehörigen meist nur Kenntnis durch Rücklieferung umgetauschter Quittungs- oder Versicherungskarten (§ 1423 RVO., § 22 BeitrO. AngVers.).

II. Evidenthaltung der Versicherten durch Verzeichnisse ist den Versicherungsträgern nur in geringem Umfange vorgeschrieben, findet aber aus praktischen Gründen darüber hinaus statt.

1. Die Krankenkassen haben über die bei ihnen versicherten unständig Beschäftigten ein Mitgliederverzeichnis nach der Buchstabenfolge zu führen (§§ 442ff. RVO., vgl. § 9 II 1d, S. 71). Tatsächlich führen sie Listen, meist in Karteiform, auch über ihre sonstigen Versicherten und machen darin die Grundlagen der Beitragserhebung, die eingegangenen Beiträge und die gewährten Leistungen ersichtlich. Seit der V. vom 26. Juli 1930 ist ihnen die Anlegung einer Krankenkarte für jeden Erkrankten (Versicherten oder Familienangehörigen) vorgeschrieben, in der die Art der Krankheit und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu vermerken ist und auch andere den Zwecken der Krankenversicherung dienende Angaben tatsächlicher Art gemacht werden dürfen (§ 368 Abs. 2 Nr. 2 RVO.).

2. Für die Arbeitslosenversicherung werden keine eigenen Listen der Beitragspflichtigen geführt. Die Krankenkassen als Einzugsstellen bedienen sich bei der Beitragserhebung ihrer eigenen Unterlagen (vgl. § 148 Abs. 1 ArblVG.), auf die auch die Aufsichtsbehörden und die Reichsanstalt bei der Überwachung und Nachprüfung der Einziehung und Abführung sich stützen müssen (Abs. 2, 3). In den Akten der Reichsanstalt taucht der Versicherte, abgesehen von etwaiger Inanspruchnahme der Arbeitsvermittlung usw., erstmalig mit der Arbeitslosmeldung (§ 95 Abs. 1) auf und hat dann bei Stellung des Antrags auf Arbeitslosenunterstützung (§ 168 Abs. 1) den Erwerb der Anwartschaft glaubhaft zu machen, insbesondere durch Angabe der versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisse (§ 170 Abs. 1), nicht aber durch den Nachweis der Beitragsentrichtung, der bei der Gestaltung des Einzugsverfahrens schwer zu erbringen wäre.

3. Innerhalb der Unfallversicherung haben die Vorstände der gewerblichen und der See-Berufsgenossenschaft Betriebsverzeichnisse zu führen, worein die Mitglieder nach Prüfung ihrer Zugehörigkeit aufgenommen werden (vgl. § 9 III 1c). An die Eintragung knüpft sich die formellrechtliche Wirkung, daß die Berufsgenossenschaft bei Eintritt eines Versicherungsfalles ihre Leistungspflicht nicht bestreiten kann, auch wenn ihr der verzeichnete Betrieb sachlich nicht zugehört (formale Versicherung, s. § 19 I 1). Die Namen der einzelnen Versicherten werden dem Träger der Unfallversicherung vor Eintritt von Versicherungsfällen nur teilweise durch die Lohnnachweise bekannt, soweit nämlich nicht ein summarischer Lohnnachweis eingeführt ist oder die Beiträge nach Mindestsätzen oder Pauschbeträgen erhoben oder nach dem Arbeitsbedarf oder der abgeschätzten Besatzung der Seefahrzeuge umgelegt werden (§§ 750, 799, 839, 1016, 1148, 1166 RVO.); Listen über die Versicherten werden nicht geführt.

4. Auch die Träger der Rentenversicherungen führen keine Verzeichnisse über ihre Angehörigen. Nur die umgetauschten Quittungs- oder Versicherungskarten, die aufbewahrt und dazu geordnet werden müssen, ergeben eine annähernde Übersicht über den Bestand an aktiven Versicherten. Bis in das Jahr 1922 bestand aber bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beim Beitragseinzug statt des jetzigen Markenverfahrens eine Buchführung, in der jeder versicherte Angestellte sein Konto hatte.

5. Die Reichsknappschaft erhält Kenntnis vom Bestand ihrer Versicherten durch die An- und Abmeldungen (oben I), hat aber nicht die Pflicht, Verzeichnisse darüber zu führen. Nur für die Wahlen zu den Ämtern der Ältesten (vgl. § 9 IV 6, S. 92) und der Arbeitgebervertreter in den Bezirksversammlungen (ebenda 4a, S. 91) müssen Wählerlisten nach Maßgabe der Wahlordnung angelegt werden.

III. Da eine Abstufung der Beiträge nach Einzelwagnissen in der Sozialversicherung im allgemeinen nicht stattfindet, andrerseits aber keine Versicherungssummen bestehen und nicht wohl einfach Kopfbeiträge erhoben werden können,

sondern die Belastung der Zahlungspflichtigen sich nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und dem Maße der zuständigen Leistungen richtet, müssen die Versicherten in Klassen oder Gruppen zusammengefaßt werden. Diese Einteilung bezieht sich dann zugleich auch auf die Arbeitgeber, die für das einzelne Arbeitsverhältnis an der Beitragsaufbringung beteiligt sind. Nur die Unfallversicherung kennt (von den Fällen der Mindestbeiträge, festen Prämien usw. abgesehen) keine Gruppierung der Versicherten nach der Höhe des Arbeitsentgelts. In den übrigen Versicherungszweigen ist dabei ganz Verschiedenes vorgeschrieben.

1. In der Krankenversicherung dient als Rechnungsgrundlage für die Bemessung der Beiträge und auch der Leistungen der Grundlohn (§§ 180, 385ff. RVO.). Grundlohn eines im Arbeitsverhältnis stehenden Versicherten ist der auf den Kalendertag entfallende Teil seines Arbeitsentgelts, wobei jedoch der Teil des Entgelts, der über den Betrag von zehn Reichsmark für den Kalendertag hinausgeht, durchweg unberücksichtigt bleibt (vgl. V. vom 26. Juli 1930, IV. Abschn., 2. Titel, Art. 3). Für freiwillig Versicherte ohne Arbeitsverhältnis kann die Einstufung während der Weiterversicherung nach den Einkommensverhältnissen vorgenommen (§ 313a RVO.) oder beim freiwilligen Beitritt der Grundlohn durch den Kassenvorstand bestimmt werden (§ 180 Abs. 4). Den Grundlohn als Rechnungsgrundlage setzt die Satzung der Krankenkasse fest, und zwar

a) entweder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten, so daß der Beitrag, das Krankengeld usw. sich unmittelbar in Bruchteilen des Arbeitsentgelts ausdrücken läßt, wobei jedoch bei hochbezahlten Arbeitnehmern die Grenze von zehn Reichsmark täglich berücksichtigt werden muß;

b) oder nach Lohnstufen, wobei die Versicherten mit Arbeitsentgelten, die nicht allzuweit auseinanderliegen (z. B. RM. 6,01 bis 7,— kalendertäglich), zu einer Lohnstufe zusammengefaßt werden und der für die ganze Lohnstufe einheitliche Grundlohn innerhalb jeder Lohnstufe auf die Mitte zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Satze der Lohnstufe festzusezten ist. Zulässig sind geringe Abweichungen zur Vereinfachung der Berechnung. Die Festsetzung von Lohnstufen und Grundlöhnen bedarf der nach Zweckmäßigkeitsprüfung erfolgenden (§ 324 RVO.) Zustimmung des Oberversicherungsamtes;

c) oder nach Mitgliederklassen, wobei die einzelnen Klassen nach dem Beruf oder der Tätigkeitsart derer, die ihnen zugehören sollen, abgegrenzt werden und der Grundlohn einer Klasse nach dem für ihre Zugehörigen etwa geltenden Tariflohn, sonst nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt festgesetzt wird. Auch hier ist die Zustimmung des Oberversicherungsamtes erforderlich;

d) oder nebeneinander nach mehreren von diesen Berechnungsarten, wobei die Bestimmung des wirklichen Arbeitsverdienstes als Grundlohn neben den anderen Berechnungsarten auch durch den Vorstand für einzelne Gruppen von Versicherten oder für einzelne Betriebe (d. h. die dort bestehenden Arbeitsverhältnisse — praktisch für große Betriebe mit guter Lohnbuchführung, vgl. § 317 Abs. 3 RVO.) zulässig ist.

2. In der Arbeitslosenversicherung besteht eine gesetzliche Einteilung in Lohnklassen, die nach dem wöchentlichen Arbeitsentgelt abgestuft sind (§ 105 ArblVG.). Diese Einteilung dient aber zunächst nur der Bemessung der Leistungen (§§ 105aff. ArblVG., s. § 22 IV 1a, S. 171), nicht der Erhebung der Beiträge. Diese werden in Hundertteilen des Arbeitsentgelts bemessen (vgl. § 153 Abs. 1 ArblVG.). Jedoch wird der wirkliche Arbeitsverdienst unmittelbar nur bei solchen Versicherten zugrunde gelegt, die nicht krankenversicherungspflichtig, aber angestellten- und damit auch arbeitslosenversicherungspflichtig sind oder freiwillig die Arbeitslosenversicherung fortsetzen, und auch hier wird der Arbeitsverdienst nur bis zum Betrage von 3600 Reichsmark (einschließlich) im Jahre berücksichtigt. Für die Arbeitslosenversicherten, die für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind, wird

der Beitrag in Bruchteilen des Grundlohnes berechnet, der für sie in der Krankenversicherung gilt, für Lehrlinge mindestens auf der Grundlage von 6 Reichsmark wöchentlich oder 25 Reichsmark monatlich (§ 150 Abs. 2 ArblVG.). Trotz förmlicher Gleichheit des Beitragssatzes (s. Abs. 3 Satz 1 daselbst) ist demnach die wirkliche Belastung der einzelnen Arbeitsverhältnisse prozentual verschieden. Damit die so eintretenden Verschiebungen nicht auch noch zu den nach gesetzlichen Lohnklassen bemessenen Leistungen außer Verhältnis stehen, ist es wünschenswert, daß die Krankenkassen bei der Grundlohnfestsetzung ihre Lohnstufen an die Klassen der Arbeitslosenversicherung anpassen (vgl. Rundschreiben des Reichsarbeitsministers vom 11. Oktober 1930, RArbBl. I S. 219).

3. In den Rentenversicherungen sind nach der Höhe des Arbeitsverdienstes gesetzliche Klassen gebildet, für deren jede die Höhe des Beitrags gesetzlich festgelegt ist und die insofern auch für die Leistungen von Bedeutung sind, als die Steigerungsbeträge der Renten sich nach den entrichteten Klassenbeiträgen richten.

a) Für die Invalidenversicherung bestehen gegenwärtig (auf die im Laufe der Jahre vorgekommenen Änderungen und die dadurch bedingten Übergangsregelungen kann hier nicht eingegangen werden[1]) nach der Höhe des wöchentlichen Arbeitsverdienstes für die Versicherten folgende Lohnklassen (§ 1245 RVO.):

Lohnklasse	mit folgenden Wochenbeiträgen (§ 1392 RVO.)
I bis zu 6 Reichsmark . . .	30 Reichspfennige
II von mehr als 6 bis zu 12 „ . . .	60 „
III „ „ „ 12 „ „ 18 „ . . .	90 „
IV „ „ „ 18 „ „ 24 „ . . .	120 „
V „ „ „ 24 „ „ 30 „ . . .	150 „
VI „ „ „ 30 „ „ 36 „ . . .	180 „
VII „ „ „ 36 Reichsmark	200 „

Der Reichsarbeitsminister kann für einzelne Berufszweige die Zugehörigkeit zu den Lohnklassen, er kann auch sonst Näheres bestimmen[2]. Außerdem ist er ermächtigt, weitere Lohnklassen an die bestehenden anzufügen (§ 1245 Abs. 2) und dafür die Beiträge festzusetzen, sowie anzuordnen, daß Beiträge unter oder über einer bestimmten Lohnklasse nicht entrichtet werden dürfen.

b) Für die Angestelltenversicherung bestehen gegenwärtig nach der Höhe des monatlichen Arbeitsverdienstes für die Versicherungspflichtigen acht Gehaltsklassen (A bis H, § 171 AVG.) und für freiwillig Versicherte sowie für freiwillige Entrichtung höherer als der gesetzlichen Beiträge (§ 184 Abs. 2 Satz 2 AVG.) zwei weitere Beitragsklassen (I und K, § 171a), nämlich die Klassen:

Gehalts- oder Beitragsklasse	mit folgenden Monatsbeiträgen (§§ 172, 172a)
A bis zu 50 Reichsmark	2 Reichsmark
B von mehr als 50 bis zu 100 Reichsmark . .	4 „
C „ „ „ 100 „ „ 200 „ . .	8 „
D „ „ „ 200 „ „ 300 „ . .	12 „
E „ „ „ 300 „ „ 400 „ . .	16 „
F „ „ „ 400 „ „ 500 „ . .	20 „
G „ „ „ 500 „ „ 600 „ . .	25 „
H „ „ „ 600 Reichsmark . .	30 „
I	40 „
K	50 „

[1] Vgl. Übersicht 14: „Lohnklassen der Invalidenversicherung", in der S. 114 Anm. 1 angeführten Statistik, S. IV 603.

[2] Vgl. Bestimmungen über die Berechnung des wöchentlichen Arbeitsverdienstes in der Invalidenversicherung vom 14. Juni 1924 (RGBl. I S. 647) und Neunte V. über die Versicherung

Der Reichsarbeitsminister kann das Nähere bestimmen und Gehaltsklassen an die bestehenden anfügen (§ 171 Abs. 2), für die er dann die Beiträge festzusetzen hat. Auch kann er anordnen, daß Beiträge unter oder über einer bestimmten Gehaltsklasse nicht entrichtet werden dürfen (§ 172 Abs. 2).

4. In der Knappschaftsversicherung läuft trotz einheitlicher, durchweg monatlicher Erhebung der Beiträge durch die Bezirksknappschaften und besonderen Krankenkassen (§ 113 RKnG.) die Beitragsberechnung und demgemäß die Klasseneinteilung der Versicherten für die verschiedenen Versicherungszweige auseinander. Für die Invalidenversicherung gelten die in der RVO. vorgeschriebenen Beiträge (oben 3a), die jedoch auf Monatsbeiträge umzurechnen sind (§ 140 RKnG.). Für die Krankenversicherung gelten für den Grundlohn geringe Abweichungen vom Rechte der RVO. (§ 21 RKnG.); die Beiträge sind als Monatsbeiträge von den Bezirksknappschaften oder besonderen Krankenkassen in Bruchteilen des Arbeitslohnes, Gehalts oder Grundlohnes oder auch in einem fasten Satze festzusetzen (§§ 119, 120). Für die Pensionsversicherung bestehen gesetzliche Klassen, und zwar sieben Lohnklassen für Arbeiter (§ 32) und für Angestellte sechs Gehaltsklassen (§ 54; die Grenzen entsprechen hier denen der Klassen A bis F der Angestelltenversicherung), sowie zwei Beitragsklassen für freiwillige Beitragsentrichtung (§ 55). Die Reichsknappschaft bestimmt das Nähere, kann insbesondere für einzelne Gruppen von Versicherten die Zugehörigkeit zu den Klassen vorschreiben. Die Anfügung weiterer Klassen an die bestehenden ist dem Reichsarbeitsminister vorbehalten. Dem Beitragswesen dienen die Klassen nur mittelbar. Es sind nämlich die Beiträge, die die Reichsknappschaft zur Deckung der Gemeinlast der Pensionsversicherung festsetzt (§ 127, und die Zuschläge, die die Bezirksknappschaft mit Genehmigung der Reichsknappschaft zur Deckung der Sonderlast festsetzt (§ 128), in einem Monatsbetrag als Bruchteil des Arbeitslohnes, Gehalts oder des Endbetrages der Lohn- und Gehaltsklassen zu bestimmen (§ 131), wobei als Endbetrag der höchsten Klassen der für die Leistungsbemessung vorgesehene (§ 38 Abs 3. § 60 Abs. 3) gelten muß. Immerhin ermöglichen die Klassen bei Bestimmung der Beiträge nach den Endbeträgen eine weitgehende Vereinfachung und Vereinheitlichung des Beitragswesens.

§ 15. Festsetzung der Beitragshöhe.

Nach dem vorgesehenen Deckungsverfahren (§ 13) und an Hand der sonstigen Unterlagen (§ 14) müssen die Beiträge der Höhe nach festgesetzt werden, soweit nicht schon — in den Rentenversicherungen — die Beitragssätze gesetzlich feststehen. Die Festsetzung des Beitragssatzes für den ganzen Versicherungsträger und des Beitrages für das einzelne Versicherungsverhältnis gestaltet sich in den einzelnen Versicherungszweigen verschieden.

1. Bei den Krankenkassen ist die Höhe der Beiträge und die Zahlungszeit in der Satzung (vgl. § 9II 2, S. 75) zu bestimmen (§ 321 Nr. 3 RVO.), die hinsichtlich der Beitragshöhe vom Oberversicherungsamt vor der Genehmigung einer sachverständigen Prüfung unterworfen werden kann (§ 385 Abs. 3). Ausgangspunkt der Beitragsberechnung ist der Grundlohn (s. § 14 III 1, S. 117). Die Beiträge sind in Hundertsteln des Grundlohnes zu bemessen (§ 385 Abs. 1). Grundsätzlich gilt für alle Beitragspflichtigen der gleiche Hundertsatz; doch bestehen einige Abstufungsmöglichkeiten (vgl. § 13 I 1, S. 111). Für den allgemeinen Beitragssatz schreibt das Gesetz gewisse Grenzen vor; die Grenzen sind durch die V. des Reichspräsidenten vom 26. Juli 1930 herabgedrückt worden. Bei Errichtung einer Krankenkasse dürfen die Beiträge höher als auf sechs vom Hundert des Grundlohnes nur dann festgesetzt werden, wenn es zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist (§ 386). Decken während des Bestandes der Kasse ihre Einnahmen nicht die Ausgaben einschließlich der vorgeschriebenen Rückstellungen, so sind durch Satzungsänderung entweder die Leistungen bis auf die Regelleistungen zu mindern oder die Beiträge zu erhöhen (§ 387). Über sechs vom Hundert des Grundlohnes dürfen aber die Beiträge nur erhöht werden zur Deckung der Regelleistungen (mit einfacher Mehrheit in ungetrennter Abstimmung, § 345 Abs. 3) oder auf übereinstimmenden Beschluß der

---

der in der Kauffahrteiflotte, auf Kabeldampfern und Schulschiffen sowie in der Hochseefischerei beschäftigten, nach dem Vierten Buche der RVO. versicherungspflichtigen Personen vom 19. Dezember 1929 (RGBl. I S. 225).

Arbeitgeber und der Versicherten im Ausschuß (je mit einfacher Mehrheit). Wenn der Hundertsatz auf siebeneinhalb oder höher festgesetzt werden soll, bedarf es außerdem der Zustimmung des Reichsversicherungsamtes, dessen nach Zweckmäßigkeit ergehende Entschließung durch Erörterungen und gutachtliche Äußerungen des Versicherungsamtes und des Oberversicherungsamtes vorzubereiten ist (§ 388). Darüber hinaus kann nach der V. vom 5. Juni 1931 der Arb.-Min. vorschreiben, daß jede Beitragserhöhung einer Krankenkasse der Zustimmung des Oberversicherungsamtes bedarf und daß diese Behörde Änderungen der Beitragssätze von Krankenkassen anordnen darf (§§ 1, 3 von Teil V Kap. IV; dazu V. vom 1. August 1931, RGBl. I S. 427). Deckt auch ein Beitrag von neun vom Hundert des Grundlohnes die Regelleistungen nicht, so treten besondere Maßnahmen ein. Bei Ortskrankenkassen können die Beiträge noch weiter erhöht werden, aber nur auf übereinstimmenden Beschluß der Ausschußvertreter der Arbeitgeber und der Versicherten und unter Zustimmung des Reichsversicherungsamtes. Kommt die Beitragserhöhung nicht zustande, so wird die Kasse mit einer anderen Ortskrankenkasse vereinigt (s. § 8 II). Ist das nicht möglich oder sind trotzdem die Beiträge für die Deckung der Regelleistungen unzureichend, so hat der Gemeindeverband, der die Kasse errichtet hat (§ 231 RVO.), die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten und kann insolange das Amt des Kassenvorsitzenden verwalten lassen (§ 389). Bei Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen ist eine Beitragserhöhung über neun vom Hundert hinaus nicht vorgesehen; vorbehaltlich der Schließungs- und Vereinigungsmöglichkeiten (§§ 265ff.) hat der Errichter der Kasse (vgl. § 8 I 2 und 3) die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange das bei einer Landkrankenkasse geschieht, kann der Gemeindeverband einem von ihm bestellten Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden übertragen (§ 390 RVO.). Bei allen Kassenarten können schleunig notwendig werdende Berichtigungen des Deckungsverhältnisses durch das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) dadurch herbeigeführt werden, daß es vorläufig Beitragserhöhung oder Leistungsminderungen verfügt, wobei die Regelleistungen gewahrt bleiben müssen und laufende Leistungen unberührt bleiben (§ 391). Zur Entlastung der Kasse und Niedrighaltung der Beiträge dient es, daß die Satzung einer Krankenkasse mit räumlich weit ausgedehntem Bezirk nach Vereinbarung des Vorstandes mit den für den Kassenbezirk in Frage kommenden Arbeitgeberorganisationen und nach Anhörung der für die Kasse tätigen Ärzte bestimmen kann, daß Arbeitgeber die Kosten notwendiger Arzt- und Krankenfuhren für ihre Arbeitnehmer zu tragen haben (§ 392a). — Der auf das einzelne Versicherungsverhältnis entfallende Beitrag ergibt sich aus dem Grundlohn des Versicherten und dem allgemeinen oder nach Risikogruppen besonders abgestuften Beitragssatz; er wird von dem Zahlungspflichtigen oder der Krankenkasse errechnet. Von dem Gesamtbeitrag für den Versicherten zahlt der Pflichtversicherte zwei Drittel, sein Arbeitgeber ein Drittel, bei Innungskrankenkassen möglicherweise nach Satzungsbestimmung jeder Teil die Hälfte. Dieser Beitragsschlüssel hat nur formalrechtlichen Charakter und daneben eine gewisse erzieherische Bedeutung; über das Verhältnis der beiderseitigen wirtschaftlichen Belastung (nach Abwälzung im Lohnkampf) sagt er nichts aus. Freiwillig Versicherte zahlen und tragen den vollen Beitrag allein (§ 381 RVO.). Die Beitragspflicht besteht grundsätzlich während der ganzen Dauer der Mitgliedschaft (vgl. auch § 397). Jedoch sind bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe und bei Bezug von Schwangeren- und Wochengeld solange keine Beiträge zu zahlen, als die Versicherte nicht gegen Entgelt arbeitet (§ 383). Bei Schwankungen des Arbeitsentgelts ändert sich, wenn der Grundlohn nach Lohnstufen festgesetzt ist, die Lohnstufe und damit die Beitragshöhe erst mit der nächsten Beitragszahlung, wenn nicht die Satzung etwas anderes bestimmt (§ 318 Abs. 3). Auch kann die Satzung gestatten, daß Versicherte mit vorübergehend verringertem Arbeitsentgelt die alte Lohnstufe beibehalten, wozu es wegen der Beitragsschlüsselung zwischen

Versichertem und Arbeitgeber der Zustimmung des Arbeitgebers oder der Übernahme des Unterschiedsbetrages durch den Versicherten, praktisch also in jedem Falle, schon wegen der Meldungen, einer Verständigung zwischen beiden bedarf (§ 382).

2. Im Arbeitslosenversicherungsgesetz ist vorgesehen, daß der Beitrag aus einem Reichsanteil, einem Landesanteil und gegebenenfalls auch einem Bezirksanteil besteht und daß die Höhe jedes dieser Teile in den Grenzen eines Reichshöchstsatzes vom Verwaltungsrat der Reichsanstalt, vom Verwaltungsausschuß des Landesarbeitsamtes und vom Verwaltungsausschuß des Arbeitsamtes festgesetzt wird (§§ 149ff. ArblVG.). Bisher ist aber wegen Erschöpfung oder Gefahr der Erschöpfung des Notstockes der Beitrag stets einheitlich für das Reichsgebiet vom Verwaltungsrat festgesetzt worden und hat stets die gesetzliche Höchsthöhe von drei vom Hundert des Arbeitsentgelts (s. § 14 III 2, S. 117) erreicht (§§ 160f., 153 Abs. 3 ArblVG.). Durch besondere Rechtssätze ist er sogar über diese Grenze hinaus erhöht worden, zuletzt auf sechseinhalb vom Hundert des Arbeitsentgelts durch V. vom 30. September 1930 (RGBl. I S. 458), die der Reichsarbeitsminister auf Grund des IV. Abschnitts, 1. Titel, Art. 4 der V. des Reichspräsidenten vom 26. Juli 1930 erlassen hat und die nach dem II. Teil, Kap. II, Art. 1 § 2 der V. des Reichspräsidenten vom 1. Dezember 1930 bis auf weiteres in Kraft bleibt. Nach der V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931 (III. Teil, Kap. I, Art. 2) kann der Vorstand der Reichsanstalt mit Zustimmung der Reichsregierung, hilfsweise diese allein, zur Sicherstellung des finanziellen Ausgleichs zwischen Ausgaben und Einnahmen der Anstalt den Beitrag ändern. — Von dem auf das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis entfallenden Beitrag entrichten Versicherter und Arbeitgeber je die Hälfte. Freiwillig Weiterversicherte tragen den Beitrag allein (§ 143 ArblVG.). Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, für die in der Krankenversicherung keine Beiträge zu entrichten sind, während doch die Mitgliedschaft fortbesteht, können in der Arbeitslosenversicherung nicht zum Erwerbe der Anwartschaft dienen (§ 98a) und müssen deshalb auch beitragsfrei bleiben; eine Versicherungspflicht besteht insolange nicht. Hingegen gelten bei vorübergehender Minderentlohnung wegen der Berechnung des Arbeitslosenversicherungsbeitrages nach dem Grundlohne der Krankenversicherung (§ 150 Abs. 2, auch § 145 Abs. 1) die gleichen Regeln wie bei der Krankenkasse des Versicherten (§ 318 Abs. 3, § 382 RVO.). Den Arbeitgeberanteil des an sich zu zahlenden Beitrages hat der Arbeitgeber auch in gewissen Fällen der Versicherungsfreiheit des Arbeitnehmers zu entrichten (§§ 143a bis 144, 210a ArblVG.).

3. Bei den Berufsgenossenschaften haben die Genossenschaftsvorstände den Ausgabenbedarf festzustellen und nach dem Verteilungsmaßstab auf die Mitglieder umzulegen (§§ 749, 1014, 1165, 1175 RVO.). Zur Errechnung des vom einzelnen Mitglied geschuldeten Beitrags bedarf es außer der Ermittlung des in seinem Betriebe verdienten Entgelts oder des sonstigen geldlichen Umlagemaßstabes (vgl. § 13, I 3, S. 112, und § 14 II 3, S. 116) der Veranlagung des Betriebes nach dem Gefahrtarife (§§ 706ff., 979, 1149ff. RVO.). Das Ergebnis der Beitragsberechnung wird vom Genossenschaftsvorstand in einer Heberolle zusammengestellt (§§ 753, 1019, ähnlich § 1175). Die Beitragspflicht trifft, von geringen Ausnahmen (§ 735a) abgesehen, ausschließlich die Mitglieder der Berufsgenossenschaft, überwiegend also den Arbeitgeber, während der versicherte Arbeitnehmer in der Unfallversicherung durchgängig keinen Beitragsteil zu zahlen hat (§§ 731, 989, 1162). Für die hausgewerbliche Beschäftigung kann die Satzung bestimmen, daß (statt des Arbeitgebers, vgl. § 162 Abs. 4, 5) der Auftraggeber des Hausgewerbetreibenden die Beiträge für dessen Arbeitnehmer und Heimarbeiter und, wenn der Hausgewerbetreibende selbst versichert ist (§ 548 Nr. 2), auch für ihn zahlt (§ 735). — Bei den anderen Unfallversicherungsträgern im weiteren Sinne bestehen für die Festsetzung

der Beitragshöhe und die Zahlungspflicht teilweise abweichende Vorschriften (§ 749 Abs. 2 und dessen Verweisungen, §§ 1195ff.). Soweit das Reich und andere öffentliche Rechtssubjekte die Unfallversicherung der eigenen Arbeitnehmer (durch Ausführungsbehörden) durchführen, werden Beiträge nicht erhoben, vielmehr die Ausgaben für Leistungen und Verwaltung aus allgemeinen Finanzmitteln gedeckt; eine wirkliche Versicherung liegt nicht vor.

4. Für die Rentenversicherungen ist die Beitragshöhe unmittelbar durch Rechtssatz festgesetzt (s. § 14 III 3, S. 118, auch § 140 RKnG.). Den für das einzelne Versicherungsverhältnis zutreffenden Beitragssatz ermittelt derjenige, der die Beiträge durch Markenverwendung zu entrichten hat; auf die Richtigkeit erstreckt sich die Überwachung durch den Versicherungsträger (§§ 1465ff. RVO., §§ 199ff. AVG.). Vom Beitrag für Versicherungspflichtige zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber (Auftraggeber, § 1436 Abs. 2 RVO.) je die Hälfte; bei geringentlohnten Arbeitsverhältnissen und in der Angestelltenversicherung für Lehrlinge entrichtet der Arbeitgeber den vollen Beitrag (§ 1387 Abs. 2 RVO., § 168 AVG.). Freiwillig Versicherte tragen ihren Beitrag selbst (§ 1440, Ausnahme § 1441 RVO., §§ 185, 186 AVG.), freiwillig Höherversicherte den Unterschiedsbetrag, vorbehaltlich abweichender Vereinbarung mit dem Arbeitgeber (§§ 1248, 1439 RVO., § 184 Abs. 2 Satz 2 AVG.). Pflichtbeiträge sind für die ganze Dauer des Arbeitsverhältnisses und, wenn dieses während eines Beitragszeitraumes endet, für die überschießende Zeit zu entrichten, in der Angestelltenversicherung auch für Krankheitszeiten, in denen der Versicherte das Gehalt fortbezieht, einerlei ob das Arbeitsverhältnis fortbesteht oder nicht (§§ 1387, 1426ff. RVO., §§ 168, 182, 184 AVG.).

5. Für die Knappschaftsversicherung ergibt sich die Art der Festsetzung der Beitragshöhe und die Zuständigkeit dafür schon aus dem oben (§ 14 III 4) Gesagten. Die Beiträge sind für die Dauer des Versicherungsverhältnisses zu entrichten, bei Arbeitsunfähigkeit und während des Bezugs von Schwangeren- und Wochengeld aber nicht für solche volle Kalendermonate, für die Kranken- oder Wochenhilfe gewährt wird, falls nicht für die gleiche Zeit Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht (§ 116 RKnG.). Von den Pflichtbeiträgen zur Kranken- und Pensionsversicherung haben die Versicherten drei Fünftel, die Arbeitgeber zwei Fünftel (§§ 117, 130), von den Pflichtbeiträgen zur Invalidenversicherung beide Teile je die Hälfte zu zahlen (§ 140 RKnG. in Verbindung mit § 1387 Abs. 2 RVO.).

§ 16. Entrichtung des Beitrags.

I. Zur Abführung der einzelnen Beiträge an den Versicherungsträger dient meist das Zahlungsverfahren (1), in den Rentenversicherungen das Markenverfahren (2). Bei beiden Verfahren wird in die Abführung der Beitragsteile Versicherungspflichtiger grundsätzlich der Arbeitgeber eingeschaltet, dem damit über die eigne Beitragspflicht hinaus eine öffentliche Last auferlegt ist (Vorzugslast).

1. Bei dem Zahlungsverfahren werden die Beiträge in barem Geld oder verkehrsüblichen Zahlungsmitteln oder durch verkehrsübliche Überweisung der Kasse oder einer Empfangsstelle des Versicherungsträgers zugeführt. In den einzelnen Versicherungszweigen, in denen dieses Verfahren eingeführt ist, gestaltet sich die Entrichtung der Beiträge etwas verschieden.

a) In der Krankenversicherung setzt die Satzung der Kasse für die Beiträge Zahltage fest, die höchstens einen Monat auseinanderliegen dürfen, während für Rechnungszwecke gewöhnlich die Kalenderwoche benutzt wird. An den Zahltagen haben freiwillig Versicherte ihre Beiträge selbst einzuzahlen, Arbeitgeber die Beiträge für ihre versicherungspflichtigen Arbeitnehmer (§ 393 RVO.). Doch kann der Kassenvorstand bestimmen, daß Arbeitgeber die Beiträge statt am Zahltag schon am Tage der jedesmaligen Lohnzahlung einzuzahlen haben (§ 393a), und der Reichsarbeitsminister kann weitere Bestimmungen zur Vereinfachung der Beitragszahlung und zur Sicherung des Beitragseingangs erlassen (§§ 393b, 404a). Ob die Beiträge für den zurückliegenden oder den bevorstehenden Zeitabschnitt zu zahlen sind, bestimmt die

Kassensatzung (§ 321 Nr. 3); bei Vorauszahlung hat die Kasse gegebenenfalls den zuvielgezahlten Betrag zurückzuzahlen (§ 397 Abs. 2). Mehrere Arbeitgeber, bei denen der Versicherte gleichzeitig in versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen steht, haften der Krankenkasse als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge (§ 396 Abs. 1). Säumigkeit in der Beitragsentrichtung führt bei freiwillig Versicherten zum Erlöschen der Mitgliedschaft (§ 314), bei Arbeitgebern zur Erhebung eines Verzugszuschlages durch den Kassenvorstand (§ 397a) und im Falle der Zahlungsunfähigkeit zu der Anordnung des Versicherungsamtes (Beschlußausschuß), daß die Versicherungspflichtigen ihren Beitragsteil selbst einzuzahlen haben (§§ 398 bis 401), oder zur Verkürzung der Abführungsfrist auf drei Tage nach jeder Lohnzahlung (§ 402). Vorschüsse auf die Beiträge können von den Arbeitgebern nach Satzungsbestimmung eingefordert werden, die der Zustimmung des Oberversicherungsamtes bedarf (§ 403). Alle Zahlungen sind zu leisten an die Krankenkasse selbst oder an eine Zahlstelle, die für die einzelne Kasse durch deren Ausschuß (§ 345 Abs. 2 Nr. 5), für mehrere Kassen gemeinsam durch das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) errichtet oder bestimmt wird (§ 404 Abs. 1, 2 in Verbindung mit § 319).

b) Für die Arbeitslosenversicherung sind die Beiträge als Zuschläge zu den Krankenkassenbeiträgen oder, soweit Krankenversicherungspflicht nicht besteht, nach denselben Regeln wie Krankenkassenbeiträge zu entrichten (§§ 145, 146, 210a ArblVG.). Die Krankenkassen (einschließlich der See-Krankenkasse), Ersatzkassen und die Gliederungen der Reichsknappschaft werden dabei als Einzugsstellen tätig (s. auch §§ 85a, 85b). Die Einzugsstellen führen die eingegangenen Beiträge unverzüglich an die Kassen der Reichsanstalt oder ihrer Außenstellen ab (§ 147). Sie überwachen den rechtzeitigen und vollständigen Eingang der Arbeitslosenversicherungsbeiträge und werden ihrerseits auf Erfüllung der Einzugsaufgabe durch ihre Aufsichtsbehörden, die Ersatzkassen durch die örtlich zuständigen Versicherungsämter, überwacht und außerdem durch die Reichsanstalt nachgeprüft (§ 148), wobei dieser aber nur Befugnisse zur Kenntnisnahme, nicht zur Weisungserteilung zukommen.

c) In der Unfallversicherung wird das Zahlungsverfahren eingeleitet durch Erteilung von Auszügen aus der Heberolle (s. § 15, 3, S. 121), in denen die erhobenen Vorschüsse auf die festgesetzten Beiträge zu verrechnen sind und die den Zahlungspflichtigen instandsetzen müssen, die Beitragsberechnung zu prüfen. Seitens der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der See-Berufsgenossenschaft werden diese Auszüge den Mitgliedern vom Genossenschaftsvorstand mit befristeter Zahlungsaufforderung zugestellt (§§ 754, 1176 RVO.). Die Mitglieder haben die Beiträge zur Vermeidung der Zwangsbeitreibung (unten III), freiwillig Versicherte auch zur Vermeidung des etwaigen Ausschlusses binnen zwei Wochen einzuzahlen; die Zahlungspflicht besteht im allgemeinen zunächst auch im Falle des Beitragsstreits (§§ 757, 1178 RVO., s. unten II). Nach Zustellung des Auszugs aus der Heberolle kann der Beitrag von der Genossenschaft nur noch aus gesetzlich bestimmten, vorwiegend dem Mitgliede zuzurechnenden Gründen geändert werden (§§ 755, 1177 RVO.); die Feststellung des vom einzelnen Mitgliede zu zahlenden Beitrages ist also ein nur beschränkt widerruflicher Verwaltungsakt. Bei der erneuten oder bei nachträglicher Feststellung des Beitrags (vgl. § 755 Abs. 2) ist ebenso zu verfahren wie bei der allgemeinen Umlegung (§§ 756, 1177). Beiträge und Vorschüsse, mit denen der Zahlungspflichtige im Rückstande bleibt, sind zu verzinsen; hierüber ergeht wiederum ein Bescheid des Genossenschaftsvorstandes (§§ 762a, 1184a). Uneinziehbare Beiträge fallen der Gesamtheit der Genossenschaftsmitglieder zur Last und werden bei der Umlage des nächsten Geschäftsjahres berücksichtigt (§§ 762, 1184). Zur Sicherung des Beitragseinganges sind bei gewerblichen Bau-, Fuhrwerks-, Binnenschifffahrts- und Binnenfischereibetrieben besondere Haftungen und Sicherheitsstellungen des Bauherrn, Zwischenunternehmers, Betriebsmitteleigentümers usw. vorgesehen (§§ 765 bis 776). Bei der See-Unfallversicherung ist ausdrücklich klargestellt, daß

für die Beiträge usw. der Reeder nicht etwa nur mit Schiff und Fracht, sondern auch persönlich, mit seinem ganzen Vermögen — wie andere Unternehmer auch — haftet, Mitreeder nach Verhältnis ihrer Anteile am Schiff (§ 1183). Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften werden die Auszüge aus der Heberolle, gemeindeweise zusammengefaßt, den Gemeindebehörden mitgeteilt, die die Beiträge einzuziehen und in einer Summe binnen vier Wochen an den Genossenschaftsvorstand einzusenden haben; die Gemeinden erhalten für ihre Mitwirkung eine Vergütung (§ 1020). Die Auszüge, die auch hier die zur Nachprüfung der Beitragsberechnung erforderlichen Angaben enthalten müssen, legt die Gemeindebehörde zur Einsicht der Beteiligten öffentlich aus oder stellt sie zu (§ 1021). Die Folgen für die Zahlungspflichtigen und das weitere Verfahren sind im wesentlichen die gleichen wie bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften (§§ 1021ff.). Für Beiträge, deren wirklichen Ausfall oder deren Uneinbringlichkeit in der Zwangsvollstreckung sie nicht nachweisen kann, haftet die Gemeinde (§ 1026). Uneinziehbare Beiträge, die sie schon eingesandt hat, sind ihr von der Genossenschaft zu erstatten (§ 1027). Vorschüsse werden auf demselben Weg eingezogen wie Beiträge (§ 1027b). Zur Sicherstellung der Beiträge im Falle der Betriebseinstellung des Unternehmers haben die Berufsgenossenschaften aller Arten in der Satzung Maßnahmen vorzusehen (§ 677 Nr. 10, § 972 Nr. 10, § 1143 Nr. 10). Bei den Zweiganstalten und der Versicherungsgenossenschaft zeigt das Beitragsverfahren geringe Abweichungen von dem der Berufsgenossenschaften (vgl. §§ 809ff., 826ff., 842, 1195ff.). Die Stellung der Gemeindeverbände und Gemeinden gegenüber der Zweiganstalt der See-Berufsgenossenschaft ähnelt hinsichtlich der von den Unternehmern aufzubringenden Beitragshälfte der Mitwirkung der Gemeinden beim Beitragseinzug der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (§§ 1196f.).

d) Für die Reichsknappschaft werden die Beiträge im wesentlichen so wie in der Krankenversicherung erhoben, und zwar durch die Bezirksknappschaften oder besonderen Krankenkassen einheitlich für alle Unterzweige der knappschaftlichen Versicherung. Wenn diese Einhebungsstellen nicht für ordnungsmäßige Erhebung und Abführung sorgen, kann ihnen die Reichsknappschaft die Erhebung der Beiträge entziehen. Einzelheiten des Beitragsverfahrens bestimmen Satzung und Sondervorschriften (§ 113 RKnG.). Eine Besonderheit des Knappschaftsversicherungsrechts bildet die Vorschrift, daß dann, wenn die vorgeschriebene Abmeldung ausscheidender Arbeitnehmer unterblieben ist, die Einhebungsstelle nach ihrem Ermessen bestimmen kann, für wieviel Versicherte der Arbeitgeber Beiträge zu entrichten hat (§ 115). Das Zahlungsverfahren findet bei der Reichsknappschaft auch Anwendung auf die Invalidenversicherung (§ 140 in Verbindung mit § 113). Die rechtzeitige und vollständige Entrichtung aller Beiträge wird von den Bezirksknappschaften kraft besonderen Gewaltverhältnisses überwacht (§ 145).

2. Bei dem Markenverfahren, das mit geringen Verschiedenheiten in der Invaliden- und in der Angestelltenversicherung (hierfür s. die besondere Beitragsordnung vom 21. November 1924, RGBl. I S. 745) Anwendung findet, ist zunächst dem Versicherten die Last auferlegt, sich von der Ausgabestelle eine Quittungs- oder Versicherungskarte ausstellen zu lassen, die er dann dem Arbeitgeber zum Einkleben der Beitragsmarken vorzulegen hat (§ 1414 RVO., § 177 AVG.). Gegen Mißbrauch der Karte durch den Arbeitgeber, insbesondere zu ungünstiger Kennzeichnung des Versicherten, sind Vorkehrungen getroffen (§§ 1424f. RVO., §§ 180f. AVG.). Auch kann der Versicherte sich auf seine Kosten jederzeit eine neue Karte gegen Rückgabe der alten ausstellen lassen (§ 1415 RVO., § 25 Abs. 3 BeitrO.). Die Quittungskarte der Invalidenversicherung soll binnen zweier, die Versicherungskarte der Angestelltenversicherung binnen dreier Jahre nach dem Ausstellungstage zum Umtausch eingereicht werden, wobei die darin enthaltenen Marken aufgerechnet und die Endzahlen sowie Ersatztatsachen bescheinigt werden. Der Umtausch dient der Klarstellung der Verhältnisse und der Beweissicherung. Wird er versäumt, so muß im Streitfalle der Versicherte beweisen, daß die Anwartschaft erhalten geblieben ist (§ 1420 RVO., § 179 AVG.). Die Beiträge werden durch Einkleben von Marken

in die Karten entrichtet (§ 1413 RVO., § 176 AVG.). Diese Marken werden von den Versicherungsträgern entsprechend der Klasseneinteilung und Beitragshöhe (s. § 14 III 3, S. 118) ausgegeben und für deren Rechnung durch die Postanstalten sowie andere Ausgabestellen „verkauft" (§§ 1411f. RVO., 175 AVG.). Die Beschaffung der Marken und das Einkleben in die Karte hat bei Versicherungspflicht im allgemeinen der Arbeitgeber, bei freiwilliger Versicherung und in einigen anderen Fällen der Versicherte vorzunehmen (§§ 1426ff. RVO., §§ 182ff. AVG.). Bei der Verwendung sind die Marken durch Angabe des letzten Tages desjenigen Zeitraumes, für den sie gelten, zu entwerten; erst damit ist der Beitrag entrichtet (§ 1431 RVO., §§ 9ff. BeitrO.). In der Angestelltenversicherung entwerten freiwillig Versicherte mit einem Zusatz (§ 11 BeitrO.); in der Invalidenversicherung kann das Reichsversicherungsamt für die Selbstversicherung besondere Quittungskarten vorschreiben (§ 1416 Abs. 2 RVO., dazu Bek. vom 19. Mai 1927, AN. S. 324). Bei Versicherungspflicht sind die Beiträge im allgemeinen bei jeder Lohn- oder Gehaltszahlung zu entrichten (§§ 1428ff. RVO., § 6 BeitrO.). Doch können Pflichtbeiträge noch zwei Jahre, bei Nichtentrichtung ohne Verschulden des Versicherten noch vier Jahre nach Fälligkeit wirksam entrichtet werden (§ 1442 RVO., § 187 AVG.). Die Beitragspflichtigen werden auf rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge vom Versicherungsträger und dem Versicherungsamt überwacht (§§ 1465ff. RVO., §§ 199ff. AVG.). Freiwillig Versicherte können die Zeitpunkte der Markenverwendung selbst wählen und müssen nur darauf bedacht sein, die zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderliche Mindestzahl von Beiträgen innerhalb jedes Zeitabschnittes (unten § 19 III 1, S. 140) zu entrichten. Für mehr als ein Jahr zurück dürfen freiwillige Beiträge und Beiträge über die gesetzliche Klasse hinaus nicht entrichtet werden (§ 1443 RVO., § 188 AVG.). Doch sind verspätete Beiträge noch wirksam, wenn innerhalb der Fristen von zuständiger Stelle an den Arbeitgeber eine Mahnung gerichtet wird oder der Arbeitgeber oder der Versicherte sich zur Nachentrichtung einer zuständigen Stelle gegenüber bereiterklärt und demnächst die Beiträge entrichtet werden (§ 1444 RVO., § 189 AVG.). An die formell richtige Verwendung von Beitragsmarken und -karten knüpfen sich zugunsten des auf der Karte Bezeichneten Vermutungen über den Bestand des Versicherungsverhältnisses (§ 1445 RVO., § 190 AVG.). In der irrtümlichen Annahme einer Versicherungspflicht geleistete Beiträge, die nicht binnen Frist zurückgefordert werden, gelten als Beiträge für freiwillige Versicherung, wenn solche zur Zeit der Entrichtung zulässig war (§ 1446 RVO., § 191 AVG.).

An Stelle des Markenverfahrens kann für die Invalidenversicherung und im Anschluß an diese auch für die Angestelltenversicherung ein Einzugsverfahren mit Zuhilfenahme der Krankenkassen angeordnet werden (§§ 1447ff. RVO., § 192 AVG.). Auch dabei werden aber Karten und Marken verwendet (§ 1453 Abs. 2 RVO.). Gegenwärtig besteht das vor dem Währungsverfall recht verbreitete Einzugsverfahren fast nirgends mehr.

II. Über die Beitragspflicht, insbesondere über die Versicherungspflichtigkeit des Arbeitsverhältnisses, und über die Berechnung des Beitrages kann zwischen dem Zahlungspflichtigen und dem Versicherungsträger ein Beitragsstreit entstehen.

1. Darüber wird für die Krankenversicherung und auch für die Arbeitslosenversicherung in einem verwaltungsgerichtlichen Streitverfahren vor den Beschlußkörpern der Versicherungsämter und Oberversicherungsämter (vgl. § 31 I 2, S. 218) entschieden (§ 405 Abs. 2, 3 RVO., § 145 Abs. 3 ArblVG.).

2. In der Unfallversicherung haben die Mitglieder, die mit der Feststellung ihrer Beiträge, Zinsschulden usw. nicht einverstanden sind, zunächst befristeten Einspruch beim Genossenschaftsvorstande zu erheben; ihre vorläufige Zahlungspflicht wird dadurch nur ausnahmsweise aufgeschoben (§§ 757, 1023, 1178 RVO.).

Erst nach nochmaliger Entschließung des Vorstandes und nur mit bestimmten Begründungen kann der Verwaltungsrechtsweg durch Beschwerde an das Oberversicherungsamt beschritten werden, das im Beschlußverfahren ohne Selbstverwaltungsbeisitzer endgültig entscheidet (§§ 758, 1000, 1179f. RVO.). Besonderes gilt für den Beitragsstreit im Falle der Einbeziehung von Arbeitsentgelten in die Lohnnachweise mehrerer Berufsgenossenschaften (§§ 759, 1023, 1178 RVO.). Obsiegt das Mitglied im Beitragsstreit, so sind etwaige Überzahlungen zu erstatten oder auf den Beitrag des nächsten Geschäftsjahres anzurechnen, während der Ausfall in der diesjährigen Umlage bei der Umlage des folgenden Geschäftsjahres zu decken ist (§§ 760, 1024, 1181). Ergibt sich nachträglich die Unrechtmäßigkeit eines ohne Einspruch gezahlten Beitrages, so ist Einspruch und Beschwerde auch dann noch möglich (§§ 761, 1025, 1182).

3. Bei den Rentenversicherungen kommt zunächst der besondere Streitfall in Betracht, welcher von beiden der Versicherte anzugehören hat. Streiten hierüber die Träger der Invaliden- und der Angestelltenversicherung, so ist in erster Reihe die schriftlich einzuholende gemeinsame Erklärung des Arbeitgebers und Arbeitnehmers maßgebend, denen damit die Beurteilung ihres Arbeitsverhältnisses und der Art der Versicherungspflicht überlassen ist. Geben Arbeitgeber und Arbeitnehmer trotz Aufforderung durch beide streitenden Versicherungsträger die Erklärung nicht binnen gesetzter Frist ab oder können sie sich über die Unterstellung nicht einigen, so wird im Beitragsstreitverfahren entschieden (§ 193 AVG.). Tritt der Streit über die Beitragsleistung bei der Festsetzung der Versicherungsleistungen hervor, so wird er in dem hierfür vorgesehenen Verfahren mitentschieden (s. § 23 II 3, S. 179, § 31 I 1, S. 218). Sonst entscheidet den Beitragsstreit zwischen Versicherungsträger und Arbeitgeber oder Versichertem, der sich insbesondere gelegentlich der Überwachung ergeben kann, das Versicherungsamt und auf Beschwerde das Oberversicherungsamt im Beschlußverfahren ohne Selbstverwaltungsbeisitzer. Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig; doch ist zur Wahrung der Rechtseinheit Abgabe grundsätzlicher Sachen, in denen die Auslegung gesetzlicher Vorschriften noch nicht feststeht, an das Reichsversicherungsamt vorgesehen (§ 1459 RVO., § 194 AVG.). Streit darüber, an welche von mehreren Versicherungsanstalten Invalidenversicherungsbeiträge zu entrichten sind, entscheidet das Reichsversicherungsamt oder das Landesversicherungsamt (§ 1460 RVO.). Je nach dem Ausgang des Streites ist das Beitragsaufkommen nachträglich richtigzustellen (§§ 1462ff. RVO., §§ 196ff. AVG.).

4. Innerhalb der knappschaftlichen Versicherung gelten für den Beitragsstreit in Invalidenversicherungssachen die Vorschriften der RVO. entsprechend, nur daß an die Stelle des Versicherungsamtes ein Ausschuß der Bezirksknappschaft nach § 180 RKnG., an die Stelle des regelmäßigen Oberversicherungsamtes das Knappschaftsoberversicherungsamt tritt (§ 197 Abs. 2). Bei der knappschaftlichen Kranken- und Pensionsversicherung hat zu dem Streit über das Versicherungsverhältnis oder die Beiträge zunächst die Verwaltung der Bezirksknappschaft oder der besonderen Krankenkasse Stellung zu nehmen. Gegen deren Bescheid kann die Entscheidung eines nach § 180 RKnG. bestellten Ausschusses angerufen werden, der hier wie in dem vorhin erwähnten Falle nicht Verwaltungsgericht, sondern Organ des am Streite beteiligten Versicherungsträgers ist, also keine richterliche Entscheidung fällt, sondern einen Verwaltungsakt der laufenden Verwaltung vornimmt (§ 194 in Verbindung mit § 193 Abs. 2, 3). Gegen seinen Bescheid kann mittels „Berufung" die verwaltungsgerichtliche Entscheidung des Knappschaftsoberversicherungsamtes im Spruchverfahren angerufen werden (§ 195).

III. Durch Säumigkeit in der Beitragsentrichtung können sich Rückstände ergeben. Wegen rückständiger Beiträge, die nicht seit länger als drei Monaten fällig sind, können die Ansprüche auf Leistungen übertragen, verpfändet und gepfändet werden (§ 119 Abs. 1 Nr. 4 RVO., § 91 Abs. 1 Nr. 4 AVG., § 224 RKnG.; keine Parallelbestimmung im ArblVG.). Insoweit ist auch Aufrechnung zulässig (§ 394 BGB.), darüber hinaus gegen Geldleistungsansprüche nach § 223 Abs. 3, §§ 622, 930, 1065, 1324 RVO., § 92 AVG., § 226 RKnG. Im übrigen werden Rückstände wie Gemeinde-

abgaben, meist unter Vorschaltung eines Mahnverfahrens, beigetrieben, mithin im Wege der Verwaltungszwangsvollstreckung, nicht der zivilprozessualen Zwangsvollstreckung (§ 28 RVO., § 145 Abs. 3 ArblVG.[1], § 212 AVG., § 143 RKnG.). Sie nehmen aber am Lidlohnvorrecht der Konkursordnung (§ 61 Nr. 1) teil, und den Trägern der Unfallversicherung steht außerdem die zivilprozessuale Zwangsvollstreckung offen, wobei nach Ermächtigung durch das Reichsversicherungsamt der Geschäftsführer der Genossenschaft auf die Auszüge aus der Heberolle den Vollstreckbarkeitsvermerk zu setzen hat und die vollstreckbaren Ausfertigungen dann den vollstreckbaren Urteilen der bürgerlichen Gerichte gleichstehen (§§ 754a, 810, 842, 1176 RVO.). In den Rentenversicherungen kann der Versicherungsträger Arbeitgeber, die die rechtzeitige Verwendung der richtigen Marken unterlassen oder verspätet vornehmen, mit Ordnungsstrafen in Geld belegen und ihnen unabhängig davon und von der Nachholung der Rückstände die Zahlung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände auferlegen, wobei wiederum nötigenfalls die Verwaltungszwangsvollstreckung eintritt (§ 1488 RVO., § 336 AVG.). Die Verjährungsfrist für den Anspruch auf Rückstände beträgt, wenn sie nicht absichtlich hinterzogen worden sind, zwei Jahre, gerechnet vom Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit (§ 29 RVO., § 145 Abs. 3 ArblVG., § 213 AVG., § 144 RKnG.), bei absichtlicher Hinterziehung nach der hier rechtsähnlich anzuwendenden Regel des bürgerlichen Rechts dreißig Jahre (§ 195 BGB.). Der Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen, die ohne Rechtsgrund geleistet wurden, verjährt im allgemeinen in sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entrichtet sind.

IV. Soweit — bei Pflichtversicherung — Arbeitgeber und Arbeitnehmer anteilig von der Beitragspflicht betroffen werden, die Entrichtung des Beitrags an den Versicherungsträger aber nur einem von ihnen obliegt, macht sich eine Ausgleichung zwischen beiden notwendig. Zur Entrichtung der Beiträge ist vorwiegend der Arbeitgeber verpflichtet; die Ausgleichung geschieht grundsätzlich durch Einbehaltung des Arbeitnehmerbeitragsteiles bei der Entgeltzahlung für die Beitragszeit oder bei der nächstfolgenden Entgeltzahlung (§§ 394, 395, 1432, 1433 RVO., § 145 Abs. 3 ArblVG., § 183 AVG., § 114 RKnG.). Besondere Bestimmungen sind für die Fälle vorgesehen, in denen das Arbeitsentgelt ganz oder überwiegend aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird (§ 394 Abs. 2, § 1437 RVO.). Ergibt die Abrechnung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer Bruchteile von Reichspfennigen, so ist in den Rentenversicherungen eine Abrundung vorgesehen (§ 1458 RVO., § 183 Abs. 1 Satz 4 AVG.). Steht der Versicherte gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen, so haften in der Kranken-, Arbeitslosen- und Invalidenversicherung dem Versicherungsträger die Arbeitgeber als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge (§§ 396, 1426 Abs. 2 RVO., § 145 Abs. 3 ArblVG.); in die Ausgleichung zwischen ihnen kann das Versicherungsamt eingreifen. In der Invalidenversicherung ist außerdem eine Rangordnung der Arbeitgeber für die Beitragsentrichtung aufgestellt (§ 1426 Abs. 2, § 1427 RVO.). Zugelassen ist in der Invalidenversicherung, vorgeschrieben in der Angestelltenversicherung bei Teilbeschäftigten, daß der Arbeitnehmer selbst die Beiträge entrichtet und dann anteilige Erstattung von den Arbeitgebern verlangen kann (§ 1439 RVO., § 184 AVG.). Entsteht über die Ausgleichung Streit zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, so entscheidet endgültig das Versicherungsamt (§ 405 Abs. 1, § 1461 RVO., § 145 Abs. 3 ArblVG., § 195 AVG); nur in der Knappschaftsversicherung findet mangels besonderer Vorschrift das allgemeine Beitragsstreitverfahren (oben II, 4) Anwendung. — Obwohl von der ordnungsmäßigen Beitragsentrichtung durch den Arbeitgeber die Leistungsansprüche der Versicherten, besonders in den Rentenversicherungen, weitgehend

[1] Die Befugnis zu dieser Art der Beitreibung steht für die Arbeitslosenversicherungsbeiträge auch den (bürgerlichrechtlichen) Ersatzkassen zu, ebenso das Recht, vom Arbeitgeber Auskünfte zu verlangen.

abhängen, werden die diesbezüglichen öffentlichrechtlichen Verpflichtungen der Arbeitgeber vom Reichsgericht und Reichsarbeitsgericht in vielleicht übertrieben vorsichtiger Auslegung des § 823 Abs. 2 BGB. nicht als solche angesehen, deren Vernachlässigung wegen Verstoßes gegen ein Schutzgesetz schadenersatzpflichtig machen könnte. Wohl aber neigt die Rechtsprechung zur Annahme einer neben der öffentlichrechtlichen Verpflichtung durch Arbeitsvertrag, wenn auch oft nur stillschweigend, übernommenen bürgerlichrechtlichen Pflicht des Arbeitgebers, die Versicherungsangelegenheiten seiner Arbeitnehmer ordnungsgemäß und fürsorglich zu erledigen. Wegen Verletzung dieser Pflicht kann dann der Arbeitgeber vom Arbeitnehmer aus dem Vertrag auf Schadenersatz in Anspruch genommen werden.

Zweites Kapitel.

Das Leistungsverhältnis.

§ 17. Arten der Leistungen.

Die Leistungen, die die Versicherungsträger den Versicherten beim Eintritt bestimmter Wechselfälle des Lebens zu gewähren haben und auf die die ganze Einrichtung der Sozialversicherung hinzielt, bezeichnen die Gesetze zusammenfassend als Gegenstand der Versicherung (z. B. §§ 179, 555, 930, 1065, 1250 RVO., § 23 AVG. und die Überschriften vorher sowie vor § 6 RKnG.); nur das ArblVG. spricht lediglich von Versicherungsleistungen (Überschrift vor § 87). Diese Bezeichnung ist der öffentlichrechtlichen, ipso jure eintretenden Versicherung angemessen, während jener die privatversicherungsrechtliche Vorstellung eines auf den Gegenstand gerichteten Rechtsgeschäftes zugrunde zu liegen scheint. Rechtliche Folgerungen ziehen die Gesetze aus ihrer Ausdrucksweise nicht, verwenden vielmehr alsbald auch das Wort „Leistungen" (z. B. § 179 RVO.).

1. Ihrem Gehalte nach sind die Leistungen entweder Geldleistungen (bare Leistungen, auch wenn sie dem Empfänger mit den technischen Hilfsmitteln des bargeldlosen Zahlungsverkehrs zugeführt werden) oder Sachleistungen (Naturalleistungen). Entsprechend der gegenwärtigen Struktur des Wirtschaftslebens überwiegen die Geldleistungen. Doch sind, in erzieherischer und gesundheitspolitischer Hinsicht, die Sachleistungen wichtiger. Unter ihnen tritt die Krankenpflege (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO.), die nur ausnahmsweise durch eine bare Leistung ersetzt werden kann (§§ 370, 370a), und die Krankenbehandlung (§ 558 Nr. 1) hervor. Ersatz von Geldleistungen durch Sachleistungen ist bei Trunksüchtigen (§§ 120f. RVO., §§ 51f. AVG., § 225 RKnG.) und im Falle der Unterbringung in einer Anstalt (§§ 184, 558d, 559e, 607, 930, 1065, 1277 RVO., § 50 AVG.) vorgesehen (ferner §§ 1275f. RVO.). Geld- und Sachleistungen kommen jeweils bestimmten Menschen zu. Daneben können die Versicherungsträger gelegentlich Aufwendungen zum Besten der Versicherten, aber ohne persönlichen Empfänger machen (§§ 363, 736, 1011, 1164, 1274 RVO., § 49a AVG., Abschn. C des G. vom 28. Juli 1925, RGBl. I S. 157, §§ 131ff. ArblVG.).

2. Nach dem sachlichen Verhältnis zum Versicherungsfall kann man ausgleichende, heilende und vorbeugende Leistungen unterscheiden.

a) Ausgleichende Leistungen, im Gesetz gelegentlich auch Entschädigungen (§ 713 RVO.) oder Schadenersatz (§ 555 RVO.) genannt, bezwecken abstrakten Ausgleich (vgl. § 2 III 4, S. 12) geminderter Erwerbsfähigkeit und des dadurch zumeist eintretenden Einnahmenausfalles oder auch erhöhten Ausgabenbedarfs (Entbindungskostenbeitrag § 195a Abs. 1 Nr. 2, Pflegegeld § 558c Abs. 2 Nr. 2 RVO.). Sie bestehen ganz überwiegend in Geld und werden fortlaufend in wiederkehrenden

Hebungen oder in einem einmaligen Betrage gewährt. Wiederkehrend sind die Renten, die bei dauernder oder langfristiger Erwerbsfähigkeitsminderung oder nach Erreichung hohen Alters oder an Hinterbliebene in der spezifischen Rentenversicherung (Invaliden- und Angestelltenversicherung) und in der Unfallversicherung sowie als knappschaftliche Pensionen gewährt werden, und — je nach Dauer des individuellen Versicherungsfalles — das Krankengeld (Hausgeld, Familiengeld, Tagegeld, §§ 182, 186, 194, 559d, 559e RVO.) der Kranken- und der Unfallversicherung, das Schwangeren-, Wochen- und Stillgeld der Krankenversicherung (§§ 195a, 205a RVO., Wochenhilfe) und die Arbeitslosenunterstützung. Einmalig ist das Sterbegeld der Kranken- und der Unfallversicherung (§§ 201, 205b, 586 RVO.) und der Beitrag zu den Entbindungskosten.

b) Heilende Leistungen sind solche, die an Stelle eines Geldausgleiches die sozialpolitisch und individualethisch erwünschtere Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erstreben. Ihr wichtigster Bestandteil ist ärztliche Behandlung. Als heilende Leistungen sind zu nennen Krankenpflege und Krankenhauspflege in der Krankenversicherung, Krankenbehandlung (Heilanstaltpflege) und Berufsfürsorge in der Unfallversicherung sowie die sog. korrigierenden Heilverfahren in der Unfall-, Invaliden-, Angestellten- und knappschaftlichen Pensionsversicherung (§§ 603f., 1305 RVO., § 41 Abs. 2 AVG., § 47 Abs. 2, § 65 RKnG.). Auch die Hebammenhilfe und die sonstigen Naturalleistungen bei Entbindung und Schwangerschaftsbeschwerden gehören hierher (§ 195a Abs. 1 Nr. 1 RVO).

c) Vorbeugende Leistungen werden gegeben, um es nicht erst zum Eintritt des Versicherungsfalles kommen zu lassen. Auf sie besteht zumeist, wie schon auf einen Teil der heilenden Leistungen (korrigierende Heilverfahren), kein Rechtsanspruch. Die Krankenkassen können Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen (§ 187 Nr. 4 RVO.), die Rentenversicherungsträger vorbeugende Heilverfahren einleiten (§ 1269 RVO., § 41 Abs. 1 AVG., § 47 Abs. 1, § 65 RKnG.). Mangels Bezogenheit auf bestimmte Begünstigte können nicht als eigentliche Leistungen bezeichnet werden die Aufwendungen von Versicherungsträgern für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung (oben 1 am Ende) und die Vorkehrungen der Berufsgenossenschaften zur Unfallverhütung und zur Ermöglichung erster Hilfe bei Unfällen (§§ 848ff., 1030, 1199ff. RVO.); doch handelt es sich hierbei um Vorbeugung großen Stiles, und es ist bemerkenswert, daß solche Vorbeugung im Entwicklungsgange der Sozialversicherung immer mehr in den Vordergrund getreten ist („Schaden verhüten ist besser als Schaden vergüten"). Vorbeugung und Heilung stehen dem Geldausgleich eingetretenen Schadens mindestens gleichwertig zur Seite.

3. Nach der rechtlichen Lage sind Regelleistungen, Ersatzleistungen und Mehrleistungen zu unterscheiden.

a) Regelleistungen, auch Pflichtleistungen oder Hauptleistungen genannt, bilden den Kern dessen, was die Versicherungsträger zu gewähren haben. Sie beruhen unmittelbar auf dem Gesetz. Auf sie hat der Versicherte einen Rechtsanspruch. Sie müssen ihm, außer im Falle von Ersatzleistungen, immer gewährt werden, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist und kein Ausnahmetatbestand vorliegt.

b) Ersatzleistungen treten an die Stelle von Regelleistungen, um die Leistung den Besonderheiten des Falles besser anzupassen. Ihre Gewährung liegt im Ermessen des Versicherungsträgers, der dazu mitunter der Zustimmung des Berechtigten bedarf (vgl. z. B. § 184 RVO., Krankenhauspflege statt Krankenpflege und Krankengeld, teils mit, teils ohne Zustimmung des Kranken). Andere Ersatzleistungen treten ein auf Anregung oder Bestimmung dritter Stellen (vgl. §§ 120f., 1275f. RVO., §§ 51f. AVG., § 225 RKnG.). Auch wegen Unerbringlichkeit der eigentlich vorge-

schriebenen Naturalleistung (ärztliche Behandlung) können Ersatzleistungen in Geld von höheren Stellen zugelassen werden (§§ 370, 370a RVO.). — Bei einzelnen Leistungen hat der Versicherungsträger von vornherein die Wahl, ob er sie in der einen oder in der anderen Form gewähren will (z. B. die Pflege der Unfallverletzten als Hauspflege oder in Geld, § 558c RVO.).

c) Mehrleistungen gehen über das gesetzliche Leistungsmaß hinaus. Sie dürfen nur gegeben werden, wenn das Gesetz sie zuläßt (vgl. § 25 RVO.). Sie können fallweise gewährt oder in der Satzung des Versicherungsträgers vorgesehen werden. Auch wo letzteres der Fall ist, kann ihre Gewährung im Einzelfall vom Ermessen des Versicherungsträgers abhängig sein. Auf satzungsmäßige Mehrleistungen kann jedoch auch ein Rechtsanspruch bestehen. In der Krankenversicherung trifft das fast durchgängig zu (§ 179 Abs. 3 RVO.), während sonst die Mehrleistungen meist Kannleistungen, anspruchslose Gewährungen des Trägers sind, so insbesondere die korrigierenden und vorbeugenden Heilverfahren (oben 2b und c). Auch wenn auf sie ein Antrag gestellt werden kann (z. B. § 604 RVO.), bindet dieser nicht den Versicherungsträger. — Kein Rechtsanspruch besteht auch auf die unpersönlichen Vorbeugungsmaßnahmen der Versicherungsträger, auch wenn diese, wie bei der Unfallverhütung, dazu dem Staate gegenüber verpflichtet sind.

§ 18. Das Recht auf die Leistungen.

Die Mehrzahl der Leistungen, insbesondere alle Regelleistungen, sind Gegenstand von Rechtsansprüchen, deren Struktur im folgenden näher zu untersuchen ist.

1. Berechtigtes, aktives Subjekt (Gläubiger) des Leistungsanspruches ist ganz regelmäßig der Versicherte, d. i. das Mitglied oder der Angehörige des Versicherungsträgers. Und zwar ist der Versicherte nicht nur dann berechtigtes Subjekt, wenn der Wechselfall des Lebens, der zur Versicherungsleistung führt, in seiner eigenen Person eintritt (er selbst erkrankt, erleidet einen Unfall usw.), sondern auch dann steht der Anspruch ihm zu, wenn der Versicherungsfall einen Angehörigen betrifft (sein Kind wird krank, seine Ehefrau kommt nieder) und die Naturalleistungen demgemäß an einem anderen Menschen als dem Versicherten zu erbringen sind. So sagt § 205 RVO., daß Familienkrankenpflege „für" den Ehegatten und die unterhaltsberechtigten Kinder „Versicherte erhalten", und wenn es abweichend davon in § 205a RVO. heißt, daß Wochenhilfe auch „die Ehefrauen usw. erhalten", dann ist das nur der Ausdruck dafür, daß diese Leistungen den Wöchnerinnen zugute kommen. Daß der Anspruch darauf auch hier dem Versicherten selbst zusteht, ergibt sich aus Abs. 5, wo für den Fall des Todes des Versicherten ausdrücklich die Schwangere oder Wöchnerin als berechtigt erklärt ist. Dann nämlich, wenn der Versicherte als Rechtssubjekt weggefallen ist, insbesondere wenn der Versicherungsfall seinen Tod herbeigeführt hat, kann nicht mehr er der Träger des Leistungsanspruches sein. Auf das Sterbegeld hat zunächst der Anspruch, der die Kosten der Bestattung aufgewendet hat, auf den etwaigen Überschuß die Angehörigen in einer besonderen Ordnung (§§ 203, 586 Nr. 1 RVO.) — während das Familiensterbegeld dem Versicherten selbst zusteht (§ 205b RVO.). Stirbt eine selbst versicherte oder nach dem Tode des Versicherten selbst anspruchsberechtigte Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so stehen die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld demjenigen zu, der für den Unterhalt des Kindes sorgt (§ 195a Abs. 6, § 205a Abs. 5 RVO.). In den Rentenversicherungen (§§ 1258ff. RVO., §§ 32ff. AVG.), der Unfallversicherung (§ 586 Abs. 1 Nr. 2 RVO.) und der knappschaftlichen Pensionsversicherung (§ 34 Abs. 1 Nr. 2, 3, § 56 Abs. 1 Nr. 2, 3 RKnG.) haben nach dem Tode des Versicherten Rentenansprüche gewisse Hinterbliebene, die im Gesetz ausdrücklich bezeichnet sind. In allen diesen Beziehungen kommt die gesetzliche oder gar testamentarische Erbfolge

des bürgerlichen Rechts nicht zur Anwendung; die erst durch den Tod des Versicherten ausgelösten Ansprüche auf Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten gehören auch nicht zu seinem Nachlaß. Auch vor dem Tode des Versicherten entstandene, aber noch nicht erfüllte Leistungsansprüche gehen zum Teil nicht auf die bürgerlichrechtlichen Erben über, sondern auf Berechtigte, die in den Sozialversicherungsgesetzen besonders bezeichnet und in besonderer Ordnung aufgeführt sind (§§ 614, 930, 1065, 1302f. RVO., §§ 65f. AVG., § 87 RKnG.); die bürgerliche Erbfolge tritt nur bei den übrigen rückständigen Leistungen (und selbstverständlich bei den schon in das Eigentum des Versicherten übergegangenen Beträgen) ein.

2. Verpflichtetes, passives Subjekt (Schuldner) im Leistungsverhältnis ist der Versicherungsträger. Ausnahmsweise tritt bei Gewährung von Sachleistungen statt Geldbezügen (§§ 120f., 1275f. RVO. usw.) die Gemeinde als verpflichtetes Subjekt ein und hat dann ihrerseits im Werte der Sachbezüge den Barleistungsanspruch gegen den Versicherungsträger. Sonst bleibt der Versicherungsträger Schuldner der Leistungen, auch wenn er sie durch einen anderen Versicherungsträger (vgl. § 7 III, S. 57) oder durch ein nicht rechtsfähiges Teilgebilde (Sektion, Bezirksknappschaft usw.) ausreichen läßt oder die Geldleistungen durch die Post auszuzahlen hat (§§ 726ff., 988, 1159ff., 1383ff. RVO., §§ 313ff. AVG., §§ 212ff. RKnG.). Zweifel über die Person des Schuldners können nur bestehen bei dem Reichszuschuß zu den Renten der Invalidenversicherung (§§ 1284f., 1387 RVO.), der auf Anweisung des Vorstandes der Versicherungsanstalt durch die Post gezahlt (§ 1383 RVO.), dieser aber nach Verteilung der geleisteten Zahlungen durch das Reichsversicherungsamt unmittelbar vom Reich erstattet wird (§§ 1403f., 1406 Abs. 3 RVO.). Bei der großen Sicherheit des Erstattungsverfahrens ist die Frage ohne praktische Bedeutung; als Schuldner des Rentenberechtigten muß wohl auch hinsichtlich des Reichszuschusses die Versicherungsanstalt angesehen werden. Als leistendes Rechtssubjekt tritt der Versicherungsträger dem Versicherten auch bei denjenigen Mehrleistungen gegenüber, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Nicht zum Schuldner wird der Versicherungsträger bei der Ausreichung von Leistungen an Übernommene und Zugeteilte (§ 363a RVO., § 8 RVersorgG., s. § 7 III, S. 58). Hingegen ist bei der Krisenunterstützung (§ 101 ArblVG.) die Reichsanstalt verpflichtetes Subjekt gegenüber den Arbeitslosen, obwohl ihr die aufgewendeten Beträge vom Reich und den Gemeinden erstattet werden (§ 167 ArblVG.).

3. Inhaltlich ist das Leistungsverhältnis zwischen Versichertem oder sonst Berechtigtem und Versicherungsträger regelmäßig ein subjektives öffentliches Recht. Seine Öffentlichrechtlichkeit ergibt sich aus der notwendigen Beteiligung eines publizistischen Rechtssubjektes, des Versicherungsträgers. Der Charakter als subjektives, dem Einzelnen eingeräumtes Recht, als Rechtsanspruch, zeigt sich darin, daß der Versicherungsträger die Leistung gewähren muß, wenn der Versicherte sie fordert und der Tatbestand erfüllt ist. Das gilt bei den Regelleistungen und einem Teil der Mehrleistungen. Es gilt aber auch bei den Ersatzleistungen, bei denen nur die Befugnis dem Versicherungsträger eingeräumt ist, statt der zunächst vorgeschriebenen Leistung eine andere zu geben. Es gilt überhaupt auch in solchen Fällen, in denen zwischen Anspruch und Erfüllung ein gewisses Ermessen des Versicherungsträgers sich einschalten kann, weil dieses Ermessen kein freies, willkürliches, sondern ein pflichtmäßiges ist und der Anspruch des Berechtigten gerade auf das Waltenlassen dieses Ermessens geht. Überdies sind die Leistungsansprüche durch die Möglichkeit der gerichtlichen Geltendmachung gesichert und verstärkt, und zwar auch in Fällen, in denen der Träger sein Ermessen walten lassen kann; dieses wird durch die Versicherungsgerichte nachgeprüft. Nur ausnahmsweise, und zwar nur bei gewissen Mehrleistungen, insbesondere den Heilverfahren der Rentenversicherungen, besteht kein Rechtsanspruch, so daß der Versicherte und Leistungsempfänger insoweit nicht als Berechtigter, sondern als Genießer einer freiwilligen

Zuwendung erscheint, also zum Versicherungsträger nicht in einem Rechtsverhältnis, sondern in einem Sachverhältnis steht (s. § 7 zu I und II, S. 56f.).

Soweit Rechtsansprüche auf die Leistungen bestehen, gehen sie vorwiegend auf Vermögenswerte (Geld, Sachbezüge, Arznei usw.), nur zum kleineren Teil auf persönliche Leistungen (ärztliche Behandlung, Pflege usw.). Auch insoweit besteht keine Arbeitspflicht dem Versicherten gegenüber, weil der Schuldner, die Krankenkasse usw., als juristische Person zur Arbeitsleistung gar nicht fähig ist, der Arzt aber seine am Kassenkranken usw. verrichteten Dienste nicht diesem, sondern dem Versicherungsträger schuldet. Der Arzt ist Erfüllungsgehilfe des Versicherungsträgers dem Versicherten gegenüber, der Kranke Forderungsgehilfe des Versicherungsträgers dem Arzte gegenüber. Auch bei den Behandlungsleistungen handelt es sich also zwischen Versichertem und Versicherungsträger nicht um ein Arbeitsverhältnis. Aber trotzdem kann das Leistungsverhältnis nicht dem Vermögensrechte zugezählt werden, weil dabei der Vermögenswert nur in der Rechtsfolge auftritt, während in dem Tatbestand, auf den das Versicherungsverhältnis und damit auch das Leistungsverhältnis sich gründet, die zeitgebundene Arbeit, zu der die Mehrzahl der Versicherungspflichtigen verpflichtet ist, die entscheidende Rolle spielt (s. § 2 II 2, S. 8). Mit dem ganzen Sozialversicherungsrecht gehört auch das Leistungsverhältnis systematisch in das Arbeitsrecht.

4. Der Tatbestand des Leistungsanspruches baut sich aus verschiedenen Stücken auf. Erste Voraussetzung ist der Bestand oder wenigstens frühere Bestand der Versicherungsverhältnisses, aus dem als dem Rechtsgrundsverhältnis dann das Recht auf die Leistung als Einzelauswirkung hervorwächst (s. § 19). Zum Versicherungsverhältnis muß als auslösendes Moment für den Leistungsanspruch der Versicherungsfall hinzutreten (s. § 20). Daneben sind in wechselnder Zusammenfügung weitere Tatbestandsstücke positiver oder negativer (anspruchausschließender oder hemmender) Art vorgeschrieben (§ 21). Dadurch insbesondere werden sozialpolitisch unangebrachte, die Begehrlichkeit weckende und das Verantwortungsbewußtsein der Versicherten schwächende Leistungen eingeschränkt. Fällig werden die Leistungen erst, wenn sämtliche Tatbestandsstücke vollständig vorliegen, insbesondere also erst mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bei den wiederkehrenden Leistungen (s. § 17, 2a, S. 129) ist Voraussetzung für die Fälligkeit der weiteren Hebungen jedesmal ein Zeitablauf bei Fortbestand der übrigen Tatbestandselemente.

§ 19. Bestand des Versicherungsverhältnisses.

Versicherungsleistungen kommen voraussetzungsgemäß nur Versicherten oder ihren Hinterbliebenen zu. Deshalb muß gewöhnlich bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Versicherungsverhältnis bestehen oder doch bis kurz zuvor bestanden haben (I). Darüber hinaus gibt es Leistungen, deren Inanspruchnahme eine vorherige Mindestdauer des Versicherungsverhältnisses voraussetzt (II). Und weiter muß in manchen Fällen der Versicherte auch nach Erfüllung der Mindestversicherungsdauer die dadurch erworbene Anwartschaft aufrechterhalten haben, um später noch Leistungen beanspruchen zu können (III).

I. Grundsätzlich muß der Versicherungsfall, um zu Leistungen an den Versicherten oder seine Angehörigen zu führen, sich ereignen, während der Versicherte als Mitglied oder Angehöriger des Versicherungsträgers in einem Versicherungsverhältnis zu diesem steht (unabhängig von der Frage der rechtzeitigen Geltendmachung des Anspruchs, s. § 21, 3 und 4, S. 148f.). Ausnahmsweise genügt die Aufrechterhaltung einer Anwartschaft (unten III). Wo nicht eine Mindestversicherungsdauer vorgeschrieben ist, genügt es, wenn das Versicherungsverhältnis zur Zeit des Versicherungsfalles nur eben begonnen hat[1]; insbesondere brauchen für den Ver-

[1] Über den Beginn der Mitgliedschaft bei Krankenkassen s. § 9 II 1a, S. 68, über den Beginn des Versicherungsverhältnisses in der Unfallversicherung § 9 III 1, S. 79.

sicherten noch keine Beiträge geleistet zu sein. Ist der Versicherungsfall ein einmaliges, plötzliches Ereignis (Unfall), so muß er nach Beginn des Versicherungsverhältnisses eintreten. Ist er ein Zustand (Krankheit), so kann er schon vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eintreten und muß nur bei dessen Beginn noch fortbestehen, ohne das Zustandekommen des Verhältnisses zu verhindern (völlige Arbeitsunfähigkeit beim versuchten Beschäftigungsbeginn, ungenügendes Gesundheitszeugnis freiwillig Beitretender, § 176 Abs. 3 RVO.; vgl. auch die Leistungsbeschränkungen bei Kranksein im Zeitpunkte des freiwilligen Beitritts § 310 Abs. 2, und bei verspäteter Anzeige der freiwilligen Weiterversicherung § 313 Abs. 2). Der Versicherungsfall als solcher löst das organisatorische Versicherungsverhältnis nicht auf (vgl. § 311 RVO.). Er kann aber mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses zusammenfallen (Tod des Versicherten). Bei den Rentenleistungen an Hinterbliebene ist der Tod des Versicherten ein Stück des Versicherungsfalles, das in die Zeit des Versicherungsverhältnisses oder der Anwartschaftsaufrechterhaltung fällt. Vereinzelt werden Leistungen noch geschuldet bei Versicherungsfällen, die nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses eintreten. Will man die Zeit, für die das vorgesehen ist, als eine Zeit fortbestehender Anwartschaft bezeichnen, so ist jedenfalls bemerkenswert, daß für deren Aufrechterhaltung der Berechtigte nichts zu tun braucht (anders als in den Fällen zu III). Der frühere Bestand eines Versicherungsverhältnisses genügt als Leistungsvoraussetzung in folgenden Fällen:

1. In der Krankenversicherung endet mit der Kassenmitgliedschaft (darüber s. § 9 II 1b, S. 69) grundsätzlich auch der Leistungsanspruch. Indessen kann die Satzung Fürsorge für Genesende, namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheim, bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gestatten und Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligen, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (§ 187 Nr. 2, 3 RVO.). Diese Mehrleistungen, auf die, wenn die Satzung sie vorsieht, Anspruch besteht (§ 179 Abs. 3), liegen wenigstens möglicherweise nach dem normalen Ende des Versicherungsverhältnisses; allerdings bleiben die Berechtigten im Falle der Arbeitsunfähigkeit Mitglieder, solange die Kasse ihnen auch nur diese Leistungen zu gewähren hat (§ 311). Das Sterbegeld für den Versicherten wird auch dann gezahlt, wenn er, nachdem er als Mitglied der Kasse erkrankt war, binnen eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe an derselben Krankheit stirbt und bis zum Tod arbeitsunfähig gewesen ist (§ 202); für die Zwischenzeit kann von einem Fortbestand des Versicherungsverhältnisses auch nach § 311 RVO. nicht gesprochen werden. Der Wochenhilfeanspruch bleibt (mit der organisationsrechtlichen Folge des § 311 Satz 2) bestehen, wenn die Versicherte wegen ihrer Schwangerschaft innerhalb sechs Wochen vor der Entbindung aus der Versicherung — gemeint ist wohl hauptsächlich das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis — ausscheidet (§ 195a Abs. 7). Familienwochenhilfe ist auch zu gewähren, wenn die Niederkunft binnen neun Monaten nach dem Tode des Versicherten, also dem Ende des Versicherungsverhältnisses, erfolgt (§ 205a Abs. 5). Beim Tod einer wochenhilfeberechtigten Mutter bestehen die noch nicht erschöpften Ansprüche auf Wochen- und Stillgeld zugunsten dessen fort, der für den Unterhalt des Kindes sorgt; dabei fällt für das Stillgeld die Voraussetzung fort, daß das Kind gestillt wird (§ 195a Abs. 6, § 205a Abs. 5). Auf die Regelleistungen seiner Kasse hat ein bisheriger Versicherter, der als Kassenmitglied eine Mindestversicherungsdauer von 26 Wochen in den vorangegangenen sechs Monaten oder von 6 Wochen unmittelbar vorher verbracht hat, auch dann Anspruch, wenn er wegen Erwerbslosigkeit ausgeschieden ist und der Versicherungsfall — gleichviel welcher Art — während der Erwerbslosigkeit binnen dreier Wochen nach dem Ausscheiden eingetreten ist; Sterbegeld wird auch noch später gewährt, wenn die Krankenhilfe bis zum Tode geleistet worden ist. Im Falle

der Krankenversicherung auf Grund des ArblVG. fällt der Anspruch weg (§ 214 RVO.). Dafür aber hat der Arbeitslose nach Wegfall der Hauptunterstützung die entsprechenden Ansprüche gegen die Krankenkasse, bei der er als Unterstützter versichert war (§ 118 Abs. 2 ArblVG.). — Beim Übertritt von einer Krankenkasse zur anderen während des Leistungsbezuges übernimmt die neue Kasse die weitere Leistung unter Anrechnung der bereits verflossenen Leistungszeit; Mehrleistungen hat sie nur dann zu gewähren, wenn der Versicherte Anspruch darauf schon gegen seine frühere Kasse erworben hatte (§ 212 RVO.). Indessen ist die Wochenhilfe und Familienwochenhilfe auch beim Kassenwechsel von der erstverpflichteten Kasse, mithin nach Lösung des Versicherungsverhältnisses, durchzuführen (§ 195a Abs. 5, § 205a Abs. 6).

Einen Sonderfall bildet die formale Krankenversicherung nach § 213 RVO., wonach die Kasse einer Person, für die kein Versicherungsverhältnis bestand, für die sie aber nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat, auch dann — für den vorliegenden Versicherungsfall — die satzungsmäßigen Leistungen (gegebenenfalls also auch Mehrleistungen) gewähren muß, wenn sich nach Eintritt des Versicherungsfalles herausstellt, daß die Person nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist. Hier und in dem verwandten Falle der formalen Kassenmitgliedschaft (§§ 315f. RVO., Annahme von Beiträgen für Versicherungspflichtige durch eine falsche Kasse) liegen von der Rechtsprechung auch auf die anderen Versicherungszweige übernommene positivrechtliche Vorschriften vor, die aus dem Gesichtspunkte des Verkehrsschutzes erflossen sind, wie er ähnlich den öffentlichen Glauben des Grundbuches und anderer öffentlicher Register stützt und der durch die Lehre vom Rechtsschein nur formalisiert, aber nicht rechtssoziologisch erklärt wird.

2. In der Unfallversicherung ist der Versicherungsfall strenger an die Zeit des Versicherungsverhältnisses gebunden. Der Betriebsunfall muß immer während des Zeitraumes eintreten, auf den die Versicherung sich erstreckt, der aber nicht nur die Zeit des Arbeitens im versicherten Betrieb oder in der versicherten Tätigkeit (§§ 544, 922, 1052 RVO.), sondern auch den Weg nach und von der Arbeitsstätte, gewisse Nebenarbeiten und eigennützig verbrachte Zeiten (s. § 7 I A 2 zu a und b, S. 48) umfaßt. Die Berufskrankheit, die zu Leistungen der Unfallversicherung führen soll, muß durch berufliche Beschäftigung in einem in Spalte III der Anlage zur Berufskrankheitsverordnung neben der Krankheit bezeichneten Betriebe, von Überschneidungen und Ermittlungsschwierigkeiten abgesehen also während des Bestandes des Versicherungsverhältnisses verursacht sein (§ 1 V. vom 11. Februar 1929, RGBl. I S. 27). Der Versicherungsfall der Unfallversicherung besteht aber nicht aus dem Unfall oder der Berufskrankheit allein, sondern die Behandlungsbedürftigkeit, Erwerbsfähigkeitsbeschränkung oder der Tod muß hinzutreten. Diese Auswirkungen nun brauchen nicht schon während des Versicherungsverhältnisses aufzutreten (vgl. §§ 555, 930, 1065, 1546, 1547 RVO.); insbesondere rechnet das Gesetz damit, daß der Unfall erst später zur Tötung des Versicherten führt (§§ 586, 590, 613, 930, 1065 RVO., vgl. § 3 BerKrankhV.). — Ganz ohne Bezug auf ein Versicherungsverhältnis können Unfälle beim Unternehmen einer Lebensrettung zu dem Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen führen (§§ 553a RVO., vgl. § 7 III, S. 58, s. auch §§ 554a, 554b, 627 RVO.).

3. In der Arbeitslosenversicherung braucht sich die Arbeitslosmeldung, die der Erhebung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung voranzugehen hat (§§ 110a, 168 ArblVG.), nicht unmittelbar an das Ende des Versicherungsverhältnisses (das hier stets Arbeitsverhältnis ist) anzuschließen. Der § 95 ArblVG. sieht nur Rahmenfristen vor, innerhalb deren die Anwartschaft durch versicherungspflichtige Beschäftigung oder Ersatztatbestände (§§ 96, 97) erfüllt sein muß. Ob in der Zwischenzeit zwischen Erfüllung der Anwartschaft und Arbeitslosmeldung der Versicherungsfall schon vollständig vorlag oder nicht, ist gleichgültig; beispielsweise können die Ausschließungsgründe des § 89a ArblVG. nachträglich wegfallen (vgl. auch die Rücksichtnahmen in § 95 Abs. 2).

II. Für die Rentenversicherungen, die knappschaftliche Pensionsversicherung und die Arbeitslosenversicherung durchweg sowie für einzelne Leistungen der Krankenversicherung ist eine Mindestdauer des Versicherungsverhältnisses vor Eintritt des Versicherungsfalles vorgeschrieben. Diese Leistungsvoraussetzung diente in den Rentenversicherungen zur Sicherstellung versicherungstechnisch ausreichender Deckung der zu erwartenden Renten, solange das Anwartschaftsdeckungsverfahren angewendet wurde, und dient auch noch nach Einführung des Umlageverfahrens der finanziellen Sicherung der Einrichtung (Mindestbeitragsdauer). Darüber hinaus dient sie der Abwehr von Mißbräuchen, der Verhinderung des Einschleichens in die Versicherung (vorgetäuschtes Arbeitsverhältnis) zwecks Erlangung von Leistungen und der Bevorzugung langfristig Versicherter, die treu gearbeitet und an Beiträgen verhältnismäßig viel eingebracht haben. Die gesetzlichen Bezeichnungen für dieses Erfordernis schwanken. Der bei den Rentenversicherungen (§§ 1278ff. RVO., § 53 AVG., auch §§ 72ff. RKnG.) und auch im Krankenversicherungsrecht (§§ 207f. RVO.) gebrauchte Ausdruck „Wartezeit" ist nicht eindeutig, weil er auch zur Bezeichnung eines zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles und dem Beginne der Leistung liegenden Zeitraumes dient (§§ 110ff. ArblVG.; auch bei den ersten drei Tagen der Arbeitsunfähigkeit, für die nach § 182 Abs. 1 Nr. 2 RVO. kein Krankengeld gewährt wird, spricht die Praxis von Wartezeit). Sprachlich ist er in dem zweiten Falle besser am Platz als im ersten. Zutreffender ist der im Arbeitslosenversicherungsrecht verwendete Ausdruck „Anwartschaftszeit" (§ 87 Abs. 1 Nr. 2 ArblVG.). In der Tat dient der Zeitraum, der im Versicherungsverhältnis (mindestens) verbracht werden muß, dem Erwerb einer Anwartschaft auf die Leistungen, die dann gegebenenfalls — in den Rentenversicherungen — durch weiteres Versichertsein oder sonstige Tatsachen aufrechterhalten werden muß (s. III) und die bei Hinzutritt des Versicherungsfalles zur Erlangung eines Leistungsanspruches führen kann, der ohne Erfüllung und Aufrechterhaltung der Anwartschaft nicht zustande kommt. Zum Erwerb und zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft trägt der Versicherte insofern bei, als er in ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eintritt und darin verharrt oder von der Möglichkeit freiwilliger Versicherung Gebrauch macht. Da der zum Erwerb der Anwartschaft erforderliche Mindestbestand des Versicherungsverhältnisses nach der Zeit gemessen wird, kann man auch von Zurücklegung oder Erfüllung der Anwartschaftszeit sprechen. In den einzelnen Versicherungszweigen gestalten sich die Vorschriften darüber verschieden; nur die Unfallversicherung kennt dergleichen nicht.

1. Die Krankenversicherung gibt die Masse ihrer Leistungen gegebenenfalls sofort nach Eintritt in das Versicherungsverhältnis. Gesetzlich ausgenommen davon sind nur die Leistungen der Wochenhilfe und Familienhilfe. Bei der Wochenhilfe muß die Versicherte selbst (§ 195a Abs. 1 RVO.), bei der Familienwochenhilfe der Versicherte, für dessen weibliche Angehörige sie gewährt wird (§ 205a Abs. 1 Nr. 3), in den letzten zwei Jahren vor der Niederkunft mindestens zehn Monate hindurch, außerdem aber im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch krankenversichert gewesen sein. Dadurch wird es angesichts der gewöhnlichen menschlichen Empfängniszeit praktisch so gut wie unmöglich gemacht, daß ein Versicherungsverhältnis lediglich zur Erlangung der wertvollen Wochenleistungen herbeigeführt wird. Daß der Zweck der Vorschriften hierin und nicht so sehr in der Deckung der Leistungen durch Beiträge liegt, geht daraus hervor, daß die Anwartschaft nicht bei dem Krankenversicherungsträger verbracht zu sein braucht, der die Leistungen zu gewähren hat. Leistungspflichtig ist stets der Träger, bei dem das Versicherungsverhältnis zur Zeit der Fälligkeit der ersten Leistung besteht oder zuletzt vorher bestanden hat. Eine Mindestversicherungsdauer von drei Monaten innerhalb der letzten sechs Monate wird für die Familienkrankenpflege vorausgesetzt (§ 205 Abs. 1 RVO.); nur in der knappschaftlichen Krankenversicherung

müssen die drei Monate, und zwar ununterbrochen, bei der Reichsknappschaft, also ein und demselben Krankenversicherungsträger (wenn auch bei verschiedenen Bezirksknappschaften oder besonderen Krankenkassen) verbracht sein (§ 23 Abs. 1 RKnG.). Gesetzlich ist auch der über das Ende des Versicherungsverhältnisses hinausragende Anspruch Erwerbsloser auf die Regelleistungen der Krankenkasse (oben I 1) davon abhängig, daß der Ausgeschiedene in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens sechs Wochen gegen Krankheit bei einem beliebigen Träger versichert war (§ 214 RVO.). Darüber hinaus kann die Satzung bestimmen, daß Leistungsansprüche freiwillig Selbstversicherter und unständig Beschäftigter erst nach einer Versicherungsdauer von höchstens sechs Wochen (§§ 207, 451, s. auch § 452) und daß Mehrleistungsansprüche aller Kassenmitglieder (mit Ausnahme solcher, die binnen der letzten zwölf Monate vor dem Beitritt zur Kasse mindestens sechs Monate auf Grund eines Reichsgesetzes krankenversichert waren) erst nach einer Versicherungsdauer von höchstens sechs Monaten entstehen (§ 208). Die Mindestdauer ist hier an die Versicherung bei dem einzelnen Versicherungsträger geknüpft. Sie kann jedoch durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft auf die Dauer von höchstens sechsundzwanzig Wochen unterbrochen werden (§ 209). Eine Sondervorschrift besteht zugunsten von Reichswehrangehörigen, die durch das Ausscheiden aus der Krankenversicherung für später keinen Nachteil erleiden sollen (§ 209a). Auf den einzelnen Krankenversicherungsträger bezogen sind auch die Mindestzeiten der formalen Krankenversicherung und der formalen Kassenmitgliedschaft (§§ 213, 315).

2. In der Arbeitslosenversicherung besteht das Erfordernis des Anwartschaftserwerbs sowohl für die eigentlichen Versicherungsleistungen, nämlich Arbeitslosenunterstützung mit der zugehörigen Krankenversicherung (§§ 117ff. ArblVG.) und Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen (§ 129) einerseits und Kurzarbeiterunterstützung andrerseits, wie auch für die Krisenunterstützung. Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung setzt Erfüllung der Anwartschaftszeit voraus (§ 87 Abs. 1 Nr. 2). Die Anwartschaftszeit wird erfüllt durch versicherungspflichtige Beschäftigung von Mindestdauer innerhalb einer der Arbeitslosmeldung unmittelbar vorangehenden Rahmenfrist. Bei erstmaliger Inanspruchnahme der Unterstützung nach Inkrafttreten des Änderungsgesetzes vom 12. Oktober 1929 (RGBl. I S. 153), d. i. nach dem 31. Oktober 1929, beträgt die Rahmenfrist zwei Jahre, die Mindestdauer der arbeitslosenversicherungspflichtigen Beschäftigung 52 Wochen. Bei späteren Unterstützungsfällen beträgt die Rahmenfrist zwölf Monate, die Mindestdauer 26 Wochen (§ 95 Abs. 1 ArblVG.). In die Rahmenfristen werden (mit dem Erfolg ihrer Erstreckung nach rückwärts) gewisse Zeiträume nicht eingerechnet, während derer der nunmehrige Arbeitslose durch bestimmte, ihm nicht zur Last zu legende Umstände am Erwerb von Anwartschaft verhindert war (Abs. 2). Jedoch kann auch dann die Rahmenfrist nicht mehr als drei Jahre betragen (Abs. 3). Zum Erwerb der Anwartschaft ist versicherungspflichtige Beschäftigung notwendig, an die sich die Beitragspflicht knüpft; obwohl das Anwartschaftserfordernis neben der Abschaltung aus subjektiven Gründen Arbeitsloser von der Versicherung auch der annähernd ausreichenden Deckung der Leistungen durch Einzahlungen der Beteiligten dient, ist doch — wohl zur Vermeidung von Beweisschwierigkeiten (s. § 170 ArblVG.) — nur das Arbeitsverhältnis und nicht die Beitragszahlung zur rechtlichen Leistungsvoraussetzung gemacht. Beim Erwerb der Anwartschaft steht — als Ersatztatsache — eine nur auf Grund des § 71 ArblVG. wegen voraussichtlicher Dauerhaftigkeit versicherungsfreie Beschäftigung bei vorzeitiger Beendigung ohne Zustimmung und Verschulden des Arbeitnehmers oder bei Lösung des Arbeitsverhältnisses ohne Verschulden des Arbeitnehmers und erstmaliger Inanspruchnahme der Arbeitslosenunterstützung (§ 96) und die Zeit freiwilliger, nur während eines Arbeitsverhältnisses möglicher Weiterversicherung (§ 97) einer versicherungspflichtigen Beschäftigung

gleich. Stets aber werden Arbeitstage, an denen der Arbeitnehmer wegen zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit nicht gearbeitet hat, für die Erfüllung der Anwartschaft nicht mitgerechnet; eine Ausnahme besteht nur zugunsten der Lehrlinge (§ 98a). Das Anwartschaftserfordernis besteht zunächst für die Arbeitslosenunterstützung. Da aber Krankenversicherung und Entrichtung von Beiträgen oder Anerkennungsgebühren für die Rentenversicherungen und die knappschaftliche Pensionsversicherung durch die Reichsanstalt nur solchen Arbeitslosen zuteil wird, die Hauptunterstützung beziehen (§§ 117, 129), muß auch hier die Anwartschaftszeit erfüllt sein. Für die Kurzarbeiterunterstützung (§ 130 ArblVG.) ist das gleiche Anwartschaftserfordernis wie für die Arbeitslosenunterstützung in der V. des Verwaltungsrates vom 30. Oktober 1928 (RArbBl. I S. 258) vorgesehen (Art. 5). Die Krisenunterstützung kommt in Betracht für Arbeitslose, die den Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung erschöpft haben, und für solche, die keine Arbeitslosenunterstützung erhalten können, weil sie die Anwartschaftszeit nicht erfüllt haben. Im ersten Falle folgt die Krisenunterstützung auf den Bezug von Arbeitslosenunterstützung, steht also mittelbar auch unter der Voraussetzung der Anwartschaft. Im zweiten Falle müssen innerhalb der Rahmenfrist von zwölf Monaten doch wenigstens 13 Wochen in versicherungspflichtiger Beschäftigung verbracht oder mit Ersatztatsachen belegt sein. Auch hier also bedarf es des Erwerbs einer Anwartschaft (§ 101 Abs. 2 ArblVG.). Ob die Anwartschaft erworben ist, wird an sich für Krisenunterstützung und versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung getrennt geprüft, und beide Leistungen werden auch nicht wechselseitig auf die Bezugsdauer angerechnet. Indessen mindert sich die Höchstdauer der versicherungsmäßigen Unterstützung eines Arbeitslosen um die Zahl der Tage, für die er vorher wegen unerfüllter Anwartschaft Krisenunterstützung bezogen hat, sofern die dafür berücksichtigte Anwartschaftszeit nun für die Anwartschaft auf versicherungsmäßige Unterstützung mit benötigt wird (§ 99a). In allen Fällen verliert die Anwartschaft ihre rechtswerbende Bedeutung — sie erlischt —, wenn der entsprechende Leistungsanspruch erschöpft ist (§ 99). Eine noch unverbrauchte Anwartschaft erlischt, wenn der vordem Arbeitslose, dem sie zustand, durch erneute Beschäftigung oder durch Ersatztatsachen eine neue Anwartschaft erwirbt (§ 95 Abs. 4). — Eine Verschärfung des Anwartschaftserfordernisses bedeutet es, daß Arbeitslose der höheren Lohnklassen die Sätze ihrer Klasse nur dann — und sonst geringere Sätze — erhalten, wenn sie in einer Rahmenfrist von achtzehn Monaten vor der ersten Arbeitslosmeldung, die auf den Erwerb der Anwartschaft erfolgt, mindestens 52 Wochen in versicherungspflichtiger Beschäftigung gestanden haben, ohne dazwischen Leistungen der Arbeitslosenversicherung zu erhalten (§ 105a ArblVG.).

3. Von ganz besonderer Bedeutung ist die Mindestdauer des Versicherungsverhältnisses in der Rentenversicherung. Hier dient die „Wartezeit" zugleich einer Siebung der Leistungsanwärter und der wirtschaftlichen Sicherung des Versicherungsträgers, wenn auch durch die Aufgabe des Anwartschaftsdeckungsverfahrens ihre ursprüngliche versicherungstechnische Bedeutung sich gewandelt hat. Jedenfalls kann auch jetzt noch Renten im allgemeinen nur erhalten, wer eine Mindestzahl von Beiträgen geleistet und damit zur Deckung der Versicherungsausgaben beigesteuert hat. Insofern besteht in den Rentenversicherungen eine gewisse Gegenseitigkeit zwischen individuellem Beitrag und individuellem Leistungsanspruch, und die Rentenversicherungen nähern sich den Rechtsformen der Privatversicherung. Ein streng durchgeführtes Synallagma findet sich aber auch hier nicht (Ersatztatsachen statt Beiträgen), und es wäre abwegig, die Rentenversicherungen begrifflich aus der übrigen Sozialversicherung herauslösen oder um der nur hier vorhandenen teilweisen Gegenseitigkeit willen die ganze Sozialversicherung als Versicherung im Rechtssinn ansehen zu wollen (s. § 2 I 1, S. 4f.). — Der Anspruch auf die Leistungen der Invaliden- und der Angestelltenversicherung hängt außer vom Nachweis des

Versicherungsfalles davon ab, daß die Wartezeit erfüllt und die damit erworbene volle Anwartschaft nicht erloschen (s. III 1) ist (§§ 1251, 1252 RVO., §§ 24, 25 AVG.). Die Wartezeit dauert in der Invalidenversicherung[1], wenn für den Versicherten mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht geleistet worden sind, zweihundert Beitragswochen, sonst fünfhundert Beitragswochen (§ 1278 RVO.), in der Angestelltenversicherung, wenn mindestens 30 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht achgewiesen sind, sechzig Beitragsmonate, sonst neunzig Beitragsmonate (§ 53 AVG.). Als Beitragszeiten werden im allgemeinen nur Zeitabschnitte angerechnet, für die Beiträge entrichtet sind, wobei für jeden Zeitabschnitt nur ein Beitrag zählt (§ 1290 RVO.). Doch werden gewisse Zeiten der Krankheit (auch Schwangerschaft, Wochenbett), der beruflichen Fortbildung und des Militärdienstes als Ersatztatsachen für Pflichtbeiträge angerechnet (§§ 1279, 1279a RVO., G. vom 21. Juli 1922, RGBl. I S. 654, G. vom 10. November 1922, S. 849, V. vom 7. Februar 1925, S. 10, §§ 169, 170 Abs. 5, 382 AVG.). Auf die Wartezeit der Invalidenversicherung werden bei sog. Wanderversicherten, die nicht die Wartezeit für die Angestelltenversicherung erfüllt haben, die Beitragszeiten dieser Versicherung wie freiwillige Beiträge angerechnet (§ 1279b RVO.). Für die Anlaufzeiten der Rentenversicherungen bestanden bei der Erfüllung der Wartezeit verschiedene Erleichterungen (Art. 64, 66, 68[2], 70 EG. RVO., § 383 AVG.). In der Angestelltenversicherung kann Versicherten von der Reichsversicherungsanstalt die Abkürzung der Wartezeit durch Einzahlung entsprechender, versicherungsrechnerisch zu ermittelnder Deckungsmittel gestattet werden (§ 384 AVG., V. vom 26. Februar 1923, RGBl. I S. 161, V. vom 14. Juli 1926, S. 413). Beim Eintritt des Versicherungsfalles muß der Erwerb der Anwartschaft vollendet sein, wenn der Versicherungsfall zu Leistungen führen soll. Nur bei der wegen hohen Alters gewährten Rente ist das scheinbar anders. Hier kann die Wartezeit noch durch Beiträge erfüllt werden, die nach Vollendung des Alters von fünfundsechzig Jahren entrichtet werden. Versicherungsfall ist aber hier nicht das einmalige Ereignis der Erreichung des Alters, sondern das — fortbestehende oder zunehmende — Alter selbst. Sonst ist nach Eintritt des Versicherungsfalles nur noch die Nachentrichtung vorher fällig gewordener Pflichtbeiträge (nicht auch freiwilliger Beiträge, § 1443 RVO., § 188 AVG.) in bestimmten zeitlichen Grenzen zulässig (§ 1442 RVO., § 187 AVG.), kann also nur die formale Seite des Anwartschaftserwerbs noch abgerundet werden. Ausnahmsweise ist umfassende Nachentrichtung von Beiträgen — durch den bisherigen Arbeitgeber — zulässig und nach allen Richtungen hin voll wirksam beim Ausscheiden aus versicherungsfreier Beschäftigung ohne Erreichung von dienstrechtlichen Rentenansprüchen (§ 1242a RVO., § 18 AVG., dazu V. vom 4. Oktober 1930, RGBl. I S. 459).

4. Ähnlich wie in den allgemeinen Rentenversicherungen ist der Erwerb der Anwartschaft auch in der knappschaftlichen Pensionsversicherung der Arbeiter wie der Angestellten geregelt. Die normale Wartezeit dauert hier, wenn mindestens 24 monatliche Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht entrichtet sind, sechsunddreißig Beitragsmonate, sonst sechzig, im Falle der Selbstversicherung einhundert Beitragsmonate (§ 72, s. auch §§ 73ff. RKnG.). Besondere Wartezeiten sind noch für die Alterspensionen und Altersruhegelder vorgesehen (§§ 36, 37, 58, 59 RKnG.).

III. Neben dem Erwerb der Anwartschaft ist in den Rentenversicherungen und der Pensionsversicherung noch ein weiteres, an den Bestand des Versicherungsverhältnisses geknüpftes Tatbestandsstück für den Leistungsanspruch erforderlich,

[1] Das Gesetz sagt „bei der Invalidenrente". Nachdem aber seit dem G. vom 10. November 1922 (RGBl. I S. 849) die besondere Altersrente weggefallen ist und nach § 1255 Abs. 1 RVO. Invalidenrente auch nach Vollendung des Alters von fünfundsechzig Jahren gewährt wird, und da auch die Hinterbliebenenrenten Erfüllung der Wartezeit für die Invalidenrente voraussetzen (§ 1252), besteht die Wartezeit des § 1278 RVO. tatsächlich einheitlich für alle Leistungen der Invalidenversicherung.

[2] Dieser in der Fassung von Teil V, Kap. II § 1 der V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931 (RGBl. I S. 279).

nämlich die Aufrechterhaltung der Anwartschaft. Sowohl während des Zeitraumes, in dem sie durch allmähliche Anhäufung von Beiträgen noch erworben wird (sog. Wartezeit), wie nach ihrer vollständigen Erlangung muß die Anwartschaft aufrechterhalten werden, wenn sie nicht erlöschen soll. Ihre Aufrechterhaltung bedingt zumeist eigene Mitwirkung des Versicherten, der weiter eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben oder freiwillige Beiträge entrichten muß; daneben werden auch ohne Zutun des Versicherten eintretende Ersatztatsachen angerechnet. Soweit zu Erwerb und Aufrechterhaltung der Anwartschaft Beiträge nötig sind, hat das Erfordernis der Aufrechterhaltung die Bedeutung, daß eine gewisse Intensität des Versicherungsverhältnisses oder der Beitragsleistung innerhalb der Kalenderzeit vorhanden sein muß. Solange die Anwartschaft nicht erloschen ist, besteht das Versicherungsverhältnis fort, und der Versicherte bleibt Angehöriger des Versicherungsträgers. Nur bei der Reichsknappschaft endet die Mitgliedschaft, wenn der bisher Versicherte lediglich die Anerkennungsgebühr zahlt; durch diese sichert er sich nur die bis zum Tage seines Ausscheidens erworbenen Anwartschaften auf Leistungsansprüche (§ 76 RKnG.).

1. In den Rentenversicherungen erlischt die Anwartschaft, wenn während eines Rahmenzeitraumes nicht Beiträge in Mindestzahl entrichtet werden oder ausreichende Ersatztatsachen eintreten. In der Invalidenversicherung beträgt der Rahmenzeitraum jeweils zwei Jahre, die von dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage laufen. In diesen zwei Jahren müssen jeweils mindestens zwanzig Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung (Abweichung bei der Selbstversicherung § 1282 RVO.) entrichtet werden. Ersatztatsachen für Wochenbeiträge sind hierbei Zeiten der Krankheit, des Militärdienstes usw., der Beitragsentrichtung zur Angestelltenversicherung und des Rentenbezuges (§ 1281 RVO.). Auch wenn hiernach unzulässig lange Lücken in der Beitragsentrichtung entstanden sind, gilt die Anwartschaft nicht als erloschen, wenn die Zeit zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfalle mindestens zu drei Vierteln durch ordnungsmäßig verwendete Beitragsmarken belegt ist, wobei überdies den Beitragsmarken der Invalidenversicherung die Beitragszeiten der Angestelltenversicherung gleichstehen (§ 1280). In der Angestelltenversicherung ist Rahmenzeitraum jedes Kalenderjahr nach dem, in dem der erste Beitragsmonat zurückgelegt worden ist. Innerhalb jedes der nächsten zehn Kalenderjahre müssen zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft mindestens acht, späterhin jährlich mindestens vier Beitragsmonate zurückgelegt werden (§ 54 Abs. 1 AVG.). Die Ersatztatsachen ähneln denen der Invalidenversicherung (§ 170). Früher erworbene Anwartschaften gelten als bis zum 31. Dezember 1925 aufrechterhalten (§ 54 Abs. 2). Trotz Lücken in der Anwartschaftsbedeckung gilt die Anwartschaft nicht als erloschen, wenn die Zeit zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfalle mindestens zu drei Vierteln mit Beiträgen oder Ersatztatsachen für Anwartschaftserwerb belegt ist (§ 55 Abs. 3). In beiden Versicherungszweigen ist zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft durch Beiträge sowohl erforderlich, daß für den einzelnen Beitragszeitabschnitt ein Rechtsgrund zur Entrichtung der Beiträge vorliegt (Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung), wie auch, daß die Beiträge auf den Rahmenzeitraum entfallen und gültig und pünktlich entrichtet sind. Nachentrichtung nach Fälligkeit ist nur beim Ausscheiden aus versicherungsfreier Beschäftigung (§ 1242a RVO., § 18 AVG.) oder in den Grenzen der §§ 1442ff. RVO., §§ 187ff. AVG. zulässig, bei Pflichtbeiträgen innerhalb zwei oder vier Jahren und noch nach Eintritt des Versicherungsfalles, bei freiwilligen Beiträgen nur auf ein Jahr zurück und nicht nach Eintritt des Versicherungsfalles. Eine besondere Nachentrichtungsmöglichkeit gibt das AVG. für freiwillige Beiträge, die zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft noch erforderlich sind; sie können noch innerhalb der zwei Kalenderjahre nachent-

richtet werden, die dem Kalenderjahre der Fälligkeit (genauer des Monats, für den sie bestimmt sind) folgen (§ 55 Abs. 1). Durch zulässige Nachentrichtung lebt die erloschene Anwartschaft wieder auf, so daß der eingetretene Rechtsverlust wieder beseitigt wird. Aufleben erloschener Anwartschaften kann auch durch Begründung eines neuen freiwilligen oder Pflichtversicherungsverhältnisses von Mindestdauer herbeigeführt werden, wobei sich die Mindestdauer (neue Wartezeit) nach der Dauer des früheren Versicherungsverhältnisses und in der Invalidenversicherung nach dem Lebensalter des Versicherten beim Wiedereintritt richtet (§ 1283 RVO., § 55 Abs. 2 AVG.). Eine bis dahin erworbene und aufrechterhaltene Anwartschaft erlischt nicht nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, auch wenn der Leistungsanspruch nicht sogleich (jedoch rechtzeitig, s. § 21, 4) erhoben wird (vgl. z. B. §§ 1251f. RVO., §§ 24f. AVG.), während des Verfahrens zur Feststellung der Leistungen und während des Bezugs einer — wenn auch wieder entzogenen — Rente (§ 1309 RVO., § 70 AVG.).

2. Die knappschaftliche Pensionsversicherung kennt die Aufrechterhaltung der Anwartschaft nicht in der Form der zeitlich gleichmäßig verteilten Beitragsentrichtung. Wer aus der Versicherung ausscheidet, ohne daß der Versicherungsfall eingetreten ist, verliert an sich seine Anwartschaft auf Leistungen. Er kann sie sich aber — ohne Rücksicht darauf, ob die Wartezeit schon erfüllt ist oder nur eine Teilanwartschaft vorliegt — durch Zahlung einer monatlichen Anerkennungsgebühr (binnen Jahresfrist) erhalten (§ 76 RKnG., dazu § 83 der Satzung). Auch durch freiwillige Weiterversicherung kann der Verlust der Anwartschaft hintangehalten werden, wenn für je zwei auf das Kalenderjahr des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung und aufeinander folgende Kalenderjahre mindestens zwölf Monatsbeiträge entrichtet werden (§ 77 RKnG.); daneben sind dann keine Anerkennungsgebühren zu zahlen. Ist die Anwartschaft erloschen, so lebt sie wieder auf, wenn der früher Versicherte wieder in einem knappschaftlichen Betriebe versicherungspflichtig geworden ist und die neue Mitgliedschaft sechs Monate gedauert hat; beim Tode des Versicherten während dieser sechs Monate wird zugunsten der Hinterbliebenen die neue Wartezeit abgekürzt (§ 78 RKnG.).

Anhang. Wanderversicherung. Die Spaltung der Rentenversicherung in eine solche für Arbeiter und eine solche für Angestellte führt bei der Mannigfaltigkeit der Arbeitsschicksale dazu, daß nicht selten Versicherte aus dem einen Versicherungszweig in den anderen hinüberwechseln müssen. Würden dann die beiden Versicherungen ganz getrennt behandelt, so könnte der Wechsel zur Beeinträchtigung des Erwerbs oder der Aufrechterhaltung der Anwartschaft und auch zur Gewährung von Leistungen aus beiden Versicherungen führen. Die Vorkehrungen, die zur Vermeidung dessen neuerdings (durch G. vom 10. November 1922, RGBl. I S. 849; Übergangsregelung s. § 394 AVG.) getroffen sind, bezeichnet das Gesetz — etwas irreführend — als Wanderversicherung. Die Zeiten, die der Wanderversicherte in beiden Rentenversicherungen verbracht hat, werden für die Beurteilung des Bestandes des Versicherungsverhältnisses und für die Bemessung der Leistungen als Einheit behandelt, und es wird nur eine einheitliche Leistung gewährt. Sind die Leistungsvoraussetzungen der Angestelltenversicherung erfüllt, so werden nur deren Leistungen zuzüglich des Steigerungsbetrages der Invalidenversicherung gewährt (§ 1254a RVO., §§ 27, 57 AVG.). Reichen die Beitragszeiträume für die Erlangung von Angestelltenversicherungsleistungen nicht aus, so werden die Beiträge zur Angestelltenversicherung auf die Wartezeit und die Anwartschaftserhaltung der Invalidenversicherung angerechnet (§§ 1279b, 1281 Nr. 2 RVO). Zur Rente der Invalidenversicherung tritt dann gegebenenfalls der Steigerungsbetrag der Angestelltenversicherung (§ 1290a RVO.). Die Steigerungsbeträge des anderen Versicherungszweiges sind vom Träger des Versicherungszweiges, aus dem der Grundbetrag zu gewähren ist, mit festzustellen und zu leisten und werden ihm von dem anderen Versicherungsträger erstattet (§ 1290a Satz 2 RVO., § 57 Abs. 3 AVG.). — In ähnlicher Weise ist innerhalb des Knappschaftsversicherungsrechts das Verhältnis zwischen den Pensionsversicherungen der Arbeiter und der Angestellten untereinander sowie zwischen diesen Versicherungen und den allgemeinen Rentenversicherungen geregelt (Wanderversicherung, §§ 67ff. RKnG.).

§ 20. Versicherungsfälle.

Die Wechselfälle des Lebens, gegen deren wirtschaftliche Folgen nach Art. 161 RV. Vorsorge zu treffen ist, bezeichnet man in der Sprache des Sozialversicherungsrechts als Versicherungsfälle. Sie treten als akute Voraussetzungen der Leistung zu dem übrigen Tatbestand hinzu, insbesondere zum mehr oder minder dauernden Bestande des Versicherungsverhältnisses; sie sind gewissermaßen der Tropfen, der den Eimer zum Überlaufen bringt. So sehr es aber auf den Eintritt des Versicherungsfalles und den Zeitpunkt des Eintritts ankommt, so hat der Versicherungsfall doch oft nicht nur als einmaliges Ereignis Bedeutung, ist vielmehr meist der dadurch eingeleitete Zustand ausschlaggebend, der seinerseits von geringerer oder größerer Dauer ist. Die Leistung, auf die der Versicherungsfall Anspruch gibt, läuft gewöhnlich so lange, wie der eingetretene Zustand dauert. Unter den akuten Tatbestandsstücken, die zu den einzelnen Leistungen führen (s. § 22), spielen einige eine besondere Rolle und kehren in wechselnder Zusammenfügung wieder. Von diesen wichtigsten Elementen der Versicherungsfälle ist hier zu sprechen.

1. Krankheit ist der hauptsächlichste Versicherungsfall der Krankenversicherung. Sie kann hier in der Person des Versicherten (§ 182 RVO.), aber auch eines seiner Familienangehörigen auftreten (§ 205). Entsprechendes gilt in der knappschaftlichen Krankenversicherung (§§ 20, 23 RKnG.). Krankheit ist außerdem Voraussetzung für den Anspruch der Knappschaftsinvaliden und knappschaftlichen Ruhegeldempfänger auf freie ärztliche Behandlung und Arznei (§§ 43, 64 RKnG.). Krankheit im Sinne des Sozialversicherungsrechts ist ein außergewöhnlicher körperlicher oder geistiger Zustand, dessen Eintritt die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Arbeitsunfähigkeit des Betroffenen oder beides zur Folge hat. Unerheblich ist dabei die medizinische Krankheitsursache und die Einheit des medizinischen Krankheitsbildes. Wenn während der Versicherungsleistung eine im medizinischen Sinne neue Krankheit den Betroffenen befällt, bleibt der Versicherungsfall doch ein und derselbe, und der Leistungsanspruch ist nach Ablauf der Frist vom Beginn der ersten Erkrankung an (nach Maßgabe des § 183 RVO.) erschöpft. Die Ursache der Krankheit hat innerhalb der Krankenversicherung grundsätzlich keine Bedeutung. Nur ausnahmsweise kann die Kassensatzung bei Rückfallerkrankung aus derselben, inzwischen nicht behobenen medizinischen Krankheitsursache die Leistungen beschränken (§ 188) und solchen Versicherten das Krankengeld versagen, die sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen oder sie durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln mitverursacht haben (§ 192 Nr. 2). Die Art und medizinische Verursachung der Krankheit spielt ferner eine Rolle bei der Befreiung von der Gebühr für Arznei- usw. -Verordnungen (§ 182b Abs. 2 Nr. 3) und für den Krankenschein (§ 187c Abs. 2). Krankheit ist ferner Tatbestandsstück des Versicherungsfalles in der Unfallversicherung. Ist sie durch eine Körperverletzung verursacht, die ihrerseits Folge eines Betriebsunfalles ist (§§ 544, 555, 922, 930, 1046, 1049, 1065 RVO.), so gibt sie Anspruch auf die unfallversicherungsrechtliche Krankenbehandlung, die mit allen geeigneten Mitteln die durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung und die durch den Unfall verursachte Erwerbsunfähigkeit beseitigen soll (§ 558 Nr. 1, § 558a Nr. 1) — hier ist die oben wiedergegebene Begriffsbestimmung der Krankheit geradezu in den Gesetzestext eingegangen. Auch die Berufskrankheit, die zu den Leistungen der Unfallversicherung führt (§§ 547, 922, 1057a RVO., Zweite V. über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 11. Februar 1929, RGBl. I S. 27), ist eine Krankheit, die sich durch die besondere Art ihrer Entstehung auszeichnet, die nämlich durch schädigende Einwirkung bestimmter Arbeitsumstände während beruflicher Beschäftigung in spezifisch erkrankungsgefährlichen Betrieben verursacht ist (vgl § 1 BerKrankhV. und die Anlage dazu). Unfallverursachte Krankheit und Berufs-

krankheit sind an sich gleichzeitig Versicherungsfälle für zwei verschiedene Versicherungszweige; wie die Träger der Kranken- und der Unfallversicherung bei ihrer Erledigung konkurrieren und die beiderseitigen Leistungen sich gegenseitig beschränken, wird später darzustellen sein (s. §§ 24, 25 I, S. 181ff.).

2. Die glatt verlaufende Niederkunft und was damit zusammenhängt, Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit, ist keine Krankheit, da sie im weiblichen Lebensplane liegt und kein außergewöhnlicher Zustand ist. Da sie aber die Arbeitstätigkeit unterbricht (oder aus Gründen der Volksgesundheit wenigstens unterbrechen sollte) und erhöhten Ausgabenbedarf hervorruft, ist sie in der Krankenversicherung zum selbständigen Versicherungsfall für die Leistungen der Wochenhilfe und Familienwochenhilfe gemacht (§§ 195a, 205a RVO.). Gleichzeitig mit Schwangerschaft und Wochenbett kann eine Krankheit auftreten, die aber neben dem Wochengeld nicht zur Gewährung von Krankengeld führt (§ 195a Abs. 4 Satz 1). Eine Übergangserscheinung zwischen Schwangerschaft und Krankheit bilden die Schwangerschaftsbeschwerden. Sie werden durch die Leistungen der Wochenhilfe mit abgegolten (beim Ausbleiben der Entbindung durch einen fest bemessenen Kostenbeitrag), ebenso der etwaige abnorme Verlauf der Niederkunft dadurch, daß bei der Entbindung erforderlichenfalls ärztliche Behandlung gewährt wird (§ 195a Abs. 1 Nr. 1, 2, § 205a Abs. 2 Satz 1).

3. Minderungen der Erwerbsfähigkeit sind in mannigfacher Ausprägung Tatbestandsstücke für Leistungsansprüche in allen Versicherungszweigen mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung (die ihrerseits umgekehrt als Arbeitsfähigkeit das Gegenbild der Invalidität voraussetzt, § 88 ArblVG.). Unter der Erwerbsfähigkeit, die dabei herabgesetzt ist, wird die persönliche, körperliche und geistige Fähigkeit des Versicherten (ausnahmsweise auch seines verwitweten Ehegatten, §§ 588, 589, 930, 1065, 1258, 1261 RVO., § 35 AVG.) verstanden, durch erlaubte Arbeit Güter zu erwerben. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit tritt abgestuft auf und kann von geringfügiger Beschränkung bis zu praktisch völliger Aufhebung der Erwerbsfähigkeit gehen; doch muß die Person des Betroffenen fortbestehen. Stirbt er, so liegt unter Umständen ein Versicherungsfall anderer Art (unten 6) vor. Die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit kann verursacht sein in der Person des Betroffenen durch objektive Verringerung seiner Arbeitskraft (bei Krankheit, Körperverletzung, Rekonvaleszenz, Gebrechlichkeit, Verschlimmerungsgefahr usw.) oder in den Verhältnissen des Arbeitsmarktes durch Minderung der Verwertbarkeit der Arbeitskraft, die wiederum entweder dadurch bedingt sein kann, daß angesichts des Überangebots von Arbeitnehmern nur voll oder zu einem gewissen Bruchteil erwerbsfähige Arbeitsuchende Verwendung finden (objektiv verursachte, abstrakte[1] Unverwertbarkeit der verbliebenen Arbeitskraft), oder dadurch, daß der Arbeitsuchende trotz ausreichend vorhandener Arbeitskraft wegen ihm anhaftender störender Eigenschaften (chronischer Ausdünstungen, epileptischer Anfälle usw.) nicht eingestellt wird (subjektiv bedingte, konkrete[1] Unverwertbarkeit der Arbeitskraft). Die Unverwertbarkeit der geminderten Erwerbsfähigkeit kann insbesondere in der Unfallversicherung bei der Leistungsbemessung berücksichtigt werden (§§ 562, 930, 1065 RVO.). Insofern der Grad der Erwerbsfähigkeitsminderung für die Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkte bedeutsam ist, berührt sich der hier erörterte Tatbestand mit dem Versicherungsfall der Arbeitslosen-

[1] Die Ausdrücke „abstrakt" und „konkret" entsprechen in dieser Verwendung der Sachlage, weil im ersten Falle jeder Träger einer in bestimmtem Maß geminderten Arbeitskraft bei der jeweiligen Arbeitsmarktlage keine Aussicht hat, Arbeit zu finden, im zweiten Fall aber nur der in seiner Person mit konkreten Eigenschaften Behaftete vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen ist. Sie haben sich aber in der Praxis in umgekehrter Verwendung eingebürgert, weil eine mit einem individuellen Übel behaftete Person vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen erscheint.

versicherung (unten 4), in dem ebenfalls vorhandene Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt vergeblich Verwendung sucht. Während es aber in den älteren Zweigen der Sozialversicherung gerade auf Störungen der Erwerbsfähigkeit ankommt, die dann den abstrakten Ausgleich durch wiederkehrende Geldleistungen, insbesondere Renten, auslösen, setzt umgekehrt die Arbeitslosenversicherung für ihre Leistungen Arbeitsfähigkeit (und überdies Arbeitswilligkeit) des Arbeitslosen voraus. Dort heftet der Versicherungsfall sich an die Person des Leistungsempfängers (subjektive Verursachung der Leistungsvoraussetzungen), hier liegt der Schwerpunkt in den Verhältnissen des Arbeitsmarktes und der allgemeinen Wirtschaftslage (objektive Arbeitslosigkeit). Dadurch aber, daß in der Arbeitslosenversicherung auch beschränkt arbeitsfähige Arbeitslose (bis herab zur Invaliditätsgrenze des § 1255 RVO., § 88 ArblVG.) Leistungen erhalten und andrerseits die beschränkte Verwertbarkeit der Restarbeitskraft gemindert Erwerbsfähiger Berücksichtigung findet, wird der Grundsatz verwischt. Immerhin kommt es für den Leistungsanspruch in der Arbeitslosenversicherung auf das positive Vorhandensein, sonst auf die Negation der Erwerbsfähigkeit an. Dabei ist der maßgebende Grad der Erwerbsfähigkeitsminderung in den einzelnen Versicherungszweigen verschieden. Auch ergeben sich Unterschiede in der Beurteilung je nachdem, ob nur auf die bisherige Tätigkeit des Betroffenen oder auf alle denkbaren Tätigkeiten abgestellt wird. Mit Rücksicht hierauf werden für die Minderung der Erwerbsfähigkeit verschiedene Bezeichnungen verwendet.

a) Arbeitsunfähigkeit ist in der Krankenversicherung Voraussetzung dafür, daß Krankengeld gewährt wird (§ 182 Abs. 1 Nr. 2 RVO.). Diese Voraussetzung muß zum Tatbestandselement Krankheit hinzutreten derart, daß „die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht". Daß beide Tatbestandsstücke auch selbständig auftreten können, ergibt sich aus der Systematik des Gesetzes (vgl. §§ 182, 183, 202). Die Arbeitsunfähigkeit steht im vollen Gegensatz zur Arbeitsfähigkeit; das Krankenversicherungsrecht kennt hierbei keine Abstufungen. Die Grenze zwischen beiden Zuständen liegt praktisch etwa bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 60 v. H.; doch wird Arbeit unter Gesundheitsgefährdung dem Kranken nicht zugemutet und eine aus Gründen der ärztlichen Behandlung verhängte Arbeitsruhe als Arbeitsunfähigkeit angesehen. Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit wird wegen der verhältnismäßigen Kürze der Leistungsdauer (höchstens 26 Wochen bis ein Jahr, §§ 183, 187 Nr. 1 RVO.) nur auf die bisherige Erwerbstätigkeit abgestellt, ein Wechsel der Tätigkeit oder des Berufes also dem Kranken nicht zugemutet.

b) Erwerbsunfähigkeit als Folge von Unfall oder Berufskrankheit gibt Anspruch auf Rente oder Krankengeld aus der Unfallversicherung (§ 558 Nr. 3, §§ 930, 1065 RVO.). Solange dem Verletzten oder Erkrankten Krankengeld (vom Träger der Unfall- oder der Krankenversicherung) zu gewähren ist, wird die Erwerbsunfähigkeit rechtlich behandelt wie die Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung (§§ 559, 559d). Dauert die Erwerbsunfähigkeit längere Zeit (über die 13. oder 26. Woche nach dem Unfall hinaus), so ist eine Rente zu gewähren. Hierbei wird die Erwerbsunfähigkeit abgestuft nach Graden, die dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entsprechen und praktisch vielfach geschätzt werden müssen, wobei runde Hundertsätze (10, 15, 20 usw., auch $33^1/_3$ und $66^2/_3$ v. H.) zur Anwendung kommen; bei völliger Erwerbsunfähigkeit wird die Vollrente, bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Teilrente gewährt (§ 559a). Erwerbsfähigkeitsminderung von weniger als 10 v. H. wird praktisch nicht berücksichtigt. Unverschuldete Arbeitslosigkeit infolge des Unfalls oder der Berufskrankheit (Unverwertbarkeit der Arbeitskraft) kann zur freiwilligen Mehrleistung der Erhöhung der Teilrente auf die Vollrente führen (§ 562). Die Renten aus der Unfallversicherung laufen oft lange Zeit, wenn sie auch nicht unentziehbar sind (vgl. §§ 603f., 608ff.). Dementsprechend wird bei der Entscheidung über die Erwerbsunfähigkeit nicht nur die letzte Beschäftigung des Versicherten vor dem Versicherungsfall, sondern seine Fähigkeit berücksichtigt, über-

haupt einem Erwerb als Arbeitnehmer nachzugehen. Den etwa notwendig werdenden Berufswechsel soll die Berufsfürsorge (§ 558a Nr. 2, §§ 558f, 558g) erleichtern und vorbereiten. Bei der Beurteilung wird auf Schonungs-, Gefährdungs- und Gewöhnungszeiten und auf den Wohnort sowie die Ausbildung und bisherige Tätigkeit des Versicherten billige Rücksicht genommen.

c) Invalidität ist (wahlweise neben dem Alter von über 65 Jahren) Voraussetzung für die Gewährung der Invalidenrente sowie der Witwenrente aus der Invalidenversicherung. Sie muß formell die Folge von Krankheit oder anderen Gebrechen sein; doch spielt das praktisch keine Rolle, weil eine anders verursachte Invalidität bei den in Frage kommenden Personen kaum denkbar ist. Für die Invalidität besteht — anders als für die Erwerbsunfähigkeit der Unfallversicherung — ein absolutes Maß, so daß sie nicht teilweise, sondern nur voll oder gar nicht vorliegen kann. Invalide ist der Versicherte, der nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit (als Arbeitnehmer) zu verdienen pflegen (Legaldefinition des § 1255 RVO.). Hier kann mithin eine Umstellung in der Tätigkeit zugemutet werden. Eine Standesinvalidität ist nur bei der Witwe, und auch hier nur beschränkt anerkannt, insofern ihr bei Beurteilung ihrer Invalidität — abweichend von dem, was dem Versicherten zugemutet wird — eine Erwerbstätigkeit nur unter billiger Berücksichtigung ihrer bisherigen Lebensstellung zugemutet werden darf (§ 1258). Von der für die Leistungen zunächst vorausgesetzten dauernden Invalidität wird die vorübergehende unterschieden, die vorliegt, wenn die Invalidität voraussichtlich nicht dauernd, aber doch nach einer ununterbrochenen Frist von 26 Wochen oder nach Wegfall des Krankengeldes weiter besteht (§ 1255 Abs. 3, § 1258 Abs. 3). Praktisch ist der Unterschied belanglos, da eine als früher sogenannte Krankenrente bewilligte Rente beim Eintritt dauernder Invalidität oder des gesetzlichen Alters nicht mehr geändert wird (Abs. 4 ebenda) und alle Renten beim Wegfall der Invalidität entzogen werden (§ 1304). — Anders als die Witwe wird der Witwer einer invalidenversicherten Person behandelt. Er erhält eine Rente nur, wenn er erwerbsunfähig (und außerdem bedürftig und bisher von der Ehefrau aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten worden) ist (§ 1261). Erwerbsunfähigkeit ist hierbei im Sinne von nachhaltiger Unfähigkeit zu einem den Lebensunterhalt der Familie wenigstens zur Hälfte deckenden Erwerb, also ungefähr im Sinne von Arbeitsunfähigkeit zu verstehen.

d) Berufsunfähigkeit im Sinne des Angestelltenversicherungsrechts ist (wahlweise neben dem gesetzlichen Alter) Voraussetzung für den Anspruch des Versicherten auf Ruhegeld. Ihr Grund ist in körperlichen Gebrechen oder in Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte zu finden. Wie bei der Invalidität gibt es bei der Berufsunfähigkeit rechtlich keine Abstufungen. Sie ist nach der gesetzlichen Begriffsbestimmung dann anzunehmen, wenn die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Der Unterschied gegenüber dem Invalidenversicherungsrecht der Arbeiter besteht darin, daß die Grenze der Berufsunfähigkeit schon bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (als Arbeitnehmer) um die Hälfte statt um zwei Drittel liegt und daß es nur auf die Unfähigkeit zur Ausübung des bisherigen Berufs (Standesinvalidität) ankommt (§ 30 AVG.). Außer dauernder Berufsunfähigkeit führt auch vorübergehende zur Gewährung des Ruhegeldes, wenn sie während 26 Wochen ununterbrochen bestanden hat (§ 30 Abs. 2). Nach Wegfall der (als dauernd angesehenen oder der vorübergehenden) Berufsunfähigkeit wird das Ruhegeld entzogen (§ 67). Für die gegenwärtige Zeit großer Arbeitslosigkeit und angesichts

der Schwierigkeit für ältere Angestellte, neue Arbeitsstellen zu erlangen, ist durch G. vom 7. März 1929 (RGBl. I S. 75) seit dem 1. März 1929 bis zum 31. Dezember 1933 der Berufsunfähigkeit der Tatbestand gleichgestellt, daß der Versicherte das sechzigste Lebensjahr vollendet hat und seit mindestens einem Jahr ununterbrochen arbeitslos ist. Nach Wegfall des etwaigen Anspruches auf Arbeitslosenunterstützung wird Ruhegeld für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit gewährt (§ 397 AVG.). — Für den Anspruch auf Witwenrente ist in der Angestelltenversicherung Berufsunfähigkeit oder Invalidität der Witwe nicht Voraussetzung (§ 32). Dem Witwer einer Versicherten wird eine Witwenrente unter den gleichen Voraussetzungen wie in der Invalidenversicherung (oben c am Ende) gewährt (§ 35 AVG.).

e) Berufsunfähigkeit ist als Leistungsvoraussetzung auch in der knappschaftlichen Pensionsversicherung vorgesehen, hat hier aber mehrfache und vom Angestelltenversicherungsrecht teilweise abweichende Bedeutung. Zwar ist in der Pensionsversicherung der Angestellten, die ja grundsätzlich nur eine Abart der allgemeinen Angestelltenversicherung ist (s. § 50 RKnG.), der primäre Versicherungsfall für das Ruhegeld ebenso umschrieben wie in der Angestelltenversicherung selbst (§ 57 Abs. 1, 2 RKnG.). Doch ist zugunsten der technischen Angestellten des Bergbaus (Steiger) bestimmt, daß bei ihnen die Berufsunfähigkeit nach den gleichen Grundsätzen zu beurteilen ist wie bei vergleichbaren Arbeitergruppen (Abs. 3), so daß es vorzugsweise auf die Unfähigkeit zu eigentlich bergmännischer Berufsarbeit ankommt. Für die knappschaftliche Pensionsversicherung der Arbeiter, die neben die Invalidenversicherung (§§ 101 bis 103 RKnG.) tritt, ist der hauptsächliche Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit (§ 35) im Gesetz nicht näher umschrieben. Aus der terminologischen Bezugnahme auf den Beruf ergibt sich, daß Unfähigkeit zur bisherigen, d. i. bergmännischen Tätigkeit und zur Übernahme einer im wesentlichen ähnlichen Tätigkeit innerhalb knappschaftlicher Betriebe bestehen muß. Der knappschaftsrechtliche Begriff der Berufsunfähigkeit erfährt insofern eine Erweiterung, als den mit wesentlich bergmännischen Arbeiten (unter Tage) beschäftigten Arbeitern und Angestellten (Steigern) die gesetzlich so genannte Alterspension oder das Altersruhegeld wegen unterstellter Berufsunfähigkeit auf Antrag dann gewährt wird, wenn der Antragsteller das fünfzigste Lebensjahr vollendet, dreihundert Beitragsmonate zurückgelegt, während dieser Zeit mindestens einhundertachtzig (Beitrags-)Monate wesentliche bergmännische Arbeiten verrichtet hat und keine gleichwertige Lohnarbeit mehr verrichtet; eine Lohnarbeit gilt dann als gleichwertig, wenn sie nach der Entlohnung der höchstgelohnten Arbeit entspricht, die der Berechtigte während seiner Dienstzeit nicht nur vorübergehend verrichtet hat (§§ 36, 58). Außerdem können die Sondervorschriften für die pensionsversicherten Arbeiter und technischen Angestellten in Betrieben des Steinkohlenbergbaus bestimmen (Mehrleistung), daß sie, auch wenn sie nicht wesentlich bergmännische Arbeiten verrichtet haben, nach Vollendung des fünfundfünfzigsten Lebensjahres und nach Zurücklegung von dreihundert Beitragsmonaten in knappschaftlich versicherten Betrieben des Steinkohlenbergbaues auf Antrag als berufsunfähig angesehen werden und Alterspension (Altersruhegeld) erhalten, dafern sie keine gleichwertige Lohnarbeit mehr verrichten. Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats diese Vergünstigung auf die Versicherten in allen knappschaftlichen Betrieben ausdehnen. Durchweg kann die Vergünstigung auf einzelne Gruppen von Versicherten beschränkt werden (§§ 37, 59). Solange aber die Empfänger von Alterspensionen und Altersruhegeldern noch regelmäßige Lohnarbeit in irgendwelchen Betrieben verrichten, erhalten sie die Rente nur in beschränktem Ausmaß (§§ 39, 59).

4. Beim Versicherungsfall der Arbeitslosenversicherung kommt es darauf an, die objektive, in allgemeinen Verhältnissen des Wirtschaftslebens begründete Arbeitslosigkeit zu sondern von der subjektiven, in der Person des Betroffenen selbst verursachten oder gar vom ihm verschuldeten. Nur die erstere darf vernünftigerweise zu den Leistungen der Arbeitslosenversicherung führen, während für Wechselfälle des persönlichen Lebens, die von Arbeitslosigkeit begleitet sind, die anderen Versicherungszweige da sind und bei selbstverschuldeter Arbeitslosigkeit eine versicherungsmäßige Hilfe überhaupt nicht in Betracht kommt. Die Abgrenzung der objektiven von der subjektiven Arbeitslosigkeit bereitet große Schwierigkeiten, um so mehr, als es sich wenigstens zum Teil um innere, psychische Tatbestände handelt, und die Gesetzestechnik hat deshalb ihre Begriffsbestimmungen immer mehr zu verfeinern gesucht. Nach geltendem Recht setzt der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung neben Erfüllung der Anwartschaft und Nichterschöpfung der Leistungen voraus, daß der Versicherte arbeitsfähig, arbeitswillig, aber unfreiwillig arbeitslos ist (§ 87 Abs. 1 Nr. 1 ArblVG.). Arbeitsfähigkeit ist hierbei das Gegenbild

der Invalidität (oben 3c); doch schließt letztvorangegangene versicherungspflichtige Beschäftigung trotz Invalidität die Annahme der Arbeitsunfähigkeit für die Arbeitslosenversicherung im allgemeinen aus (§ 88 ArblVG.). Das Merkmal der Arbeitslosigkeit (wegen der Unfreiwilligkeit s. §§ 93, 94) ist erst durch die Novelle von 1929 gesetzlich umschrieben, durch die V. vom 26. Juli 1930 abgeändert worden, derart, daß anspruchsberechtigt nur sein kann, wer seiner Lebenslage nach Arbeitnehmer in abstracto ist und auch durch selbständige Tätigkeit, auch in der Familiengemeinschaft, den erforderlichen Lebensunterhalt nicht erwerben kann; ausgeschlossen sind insbesondere Inhaber von Wandergewerbescheinen (§ 89). Im übrigen sind die einzelnen Elemente des Tatbestandes im Gesetz (§§ 88 bis 94) so ausführlich umschrieben, daß es hier keines Eingehens darauf bedarf, und andrerseits bietet die Begriffsanalyse so viele Einzelzüge, daß sie auf knappem Raum nicht entfaltet werden können. Es muß also auf Sonderdarstellungen verwiesen werden.

5. Betriebsunfall ist neben der Berufskrankheit (s. bei 1) Versicherungsfall der Unfallversicherung (§§ 544, 933, 1046 RVO.). Unfall ist ein plötzliches, in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum — nach der Rechtsprechung höchstens eine Arbeitsschicht — eingeschlossenes Ereignis, das einen Schaden zur Folge hat. In der sozialen Unfallversicherung muß der Schaden ein den Versicherten befallender Körperschaden sein, der sich in Körperverletzung oder Tötung zeigt (§§ 555, 930, 1065). Eine nur wirtschaftliche Schädigung (z. B. Lohnausfall bei Betriebsstillstand wegen Brandes) führt nicht zu Leistungen der Unfallversicherung. Die Gesundheitsschädigung, Erwerbsfähigkeitsminderung oder der Tod braucht nicht sofort nach dem Unfall einzutreten; auch ihr späteres Auftreten gibt Anspruch auf die Versicherungsleistungen, dafern nur die verfahrensmäßigen Fristen für die Anmeldung (§§ 1546ff.) gewahrt sind. Der Unfall muß Betriebsunfall sein, d. h. bei Betrieben oder Tätigkeiten auftreten, die der Unfallversicherung unterliegen (§ 544 Abs. 1 RVO., vgl. § 7 I A 2 zu a und b, S. 44ff.). Erfaßt vom Versicherungsschutz ist der ganze regelmäßige Aufenthalt, nicht nur die Arbeitszeit, an der Betriebsstätte und im Gefahrenbereich des Betriebes sowie die Zeit, die im Einverständnisse des Unternehmers mit Verrichtungen für den Betrieb außerhalb der Betriebsstätte verbracht wird. Ferner ist der Begriff des Betriebsunfalls auf den Arbeitsweg, die Handhabung des Arbeitsgeräts usw. (daselbst S. 48) ausgeweitet. Mit diesen Ausweitungen muß der versicherte Betrieb oder die versicherte Tätigkeit auf die Entstehung des Unfalls kausal einwirken, und der Unfall muß seinerseits Ursache der Körperverletzung oder Tötung sein. Über das Vorliegen eines Kausalzusammenhanges entscheidet die Anschauung des täglichen Lebens, die etwa auf die Theorie der adäquaten Verursachung hinausläuft. Vorsätzliche Herbeiführung des Unfalls durch den Verletzten oder seine Hinterbliebenen schließt den Anspruch auf Versicherungsleistungen aus (§ 556 RVO.). Im übrigen schließt verbotswidriges Handeln des Verletzten die Annahme eines Betriebsunfalles und den Anspruch auf Leistungen nicht aus (§ 544 Abs. 2). Hat aber der Verletzte sich den Unfall beim Begehen einer Handlung zugezogen, auf Grund deren er wegen Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens strafgerichtlich verurteilt wird oder nur aus einem in seiner Person liegenden Grunde nicht abgeurteilt werden kann, dann können die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder die Rente den inländischen Angehörigen überwiesen werden; hierbei gilt die Verletzung bergpolizeilicher Verordnungen und gewisser seerechtlicher Vorschriften nicht als Vergehen (§§ 557, 1066). — Insofern der Betriebsunfall, wenn er zu Leistungen führen soll, entweder Körperverletzung oder Tötung zur Folge haben muß, ist er nicht eigentlich ein selbständiger Versicherungsfall, sondern deckt sich mit den Versicherungsfällen der Krankheit einerseits, des Todes andrerseits. Nur die Art der Verursachung dieser Versicherungsfälle ist beim Betriebsunfall wie auch bei der Berufskrankheit eine besondere, und auf diese Verursachung wird bei der Bemessung der Unfallversicherungsleistungen Rücksicht genommen. Die Leistungen

werden hier reichlicher bemessen als bei gewöhnlichen Krankheits- und Sterbefällen und nicht an die Voraussetzung einer Mindestdauer des Versicherungsverhältnisses geknüpft.

6. Der Tod vernichtet nicht nur die Erwerbsfähigkeit, sondern auch ihren Träger und damit auch die Fähigkeit des Betroffenen, Rechtsansprüche auf Leistungen der Sozialversicherung zu haben. Der Tod eines Versicherten läßt aber unter Umständen Ansprüche anderer Personen auf Leistungen entstehen. Insofern ist er nicht nur Anspruchsvernichtungsgrund (z. B. bei der Arbeitslosenunterstützung), sondern auch positiv Versicherungsfall oder Tatbestandsstück in verschiedenen Versicherungszweigen. In der Kranken-, Unfall- und Knappschaftsversicherung gibt er Anspruch auf Sterbegeld oder Bestattungsbeihilfe (§§ 201 bis 204, 586 Abs. 1 Nr. 1 RVO., § 34 Nr. 5, § 42, § 56 Nr. 5, § 63 RKnG., in der Knappschaftsversicherung und nach der Satzung in der Krankenversicherung auch der Tod von Angehörigen des Versicherten, § 205b RVO.). In der Unfallversicherung, den Rentenversicherungen und den knappschaftlichen Pensionsversicherungen führt der Tod des Versicherten, einerlei ob er vor oder nach dem Beginne des eigenen Rentenbezugs eintritt, zu Rentenansprüchen der Hinterbliebenen, wenn — als weiteres Tatbestandsstück — solche vorhanden sind (§ 586 Abs. 1 Nr. 2, §§ 588ff., 930, 1065, 1252, 1258ff. RVO., §§ 25, 32ff. AVG., § 34 Nr. 2, 3, § 41, § 56 Nr. 2, 3, § 62 RKnG.). Man kann hier den Versicherungsfall des Hinterbliebenseins konstruieren, zu dessen Tatbestandsstücken einerseits der Tod des Versicherten, andrerseits das Vorhandensein solcher Überlebender gehört, die zu dem Verstorbenen in einem bestimmten familienrechtlichen Verhältnisse gestanden haben. Teilweise wird auch noch die Voraussetzung gemacht, daß der Versicherte die Hinterbliebenen aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat. Einen eigentümlichen Hinterbliebenenanspruch kennt die Unfallversicherung. Hier erhält beim Tod eines Schwerverletzten (Empfängers von Unfallrenten im Betrage von mindestens 50 v. H. der Vollrente, § 559b Abs. 1 RVO.), der nicht als Unfallfolge eintritt, also keinen Anspruch auf Witwenrente gibt, die Witwe eine einmalige Beihilfe (§ 595a RVO.).

§ 21. Sonstige Leistungsvoraussetzungen.

Außer an den Bestand des Versicherungsverhältnisses und den Versicherungsfall ist der Anspruch auf Versicherungsleistungen vielfach an weitere positive oder negative Voraussetzungen geknüpft, die, soweit sie wichtig sind oder mehrfach wiederkehren, einer zusammenfassenden Besprechung bedürfen.

1. Eine eigentliche Wartezeit (im Gegensatze zu der oft ebenso bezeichneten, für den vollen Erwerb der Anwartschaft auf Versicherungsleistungen notwendigen Mindestdauer des Versicherungsverhältnisses; vgl. § 19 II, S. 135) ist ein Zeitraum, der nach Eintritt des Versicherungsfalles unter ununterbrochenem Fortbestand des dadurch eingeleiteten Zustandes verstreichen muß, damit der Anspruch auf Leistungen erwächst. Durch das Erfordernis der Wartezeit werden unbedeutende Wechselfälle des Lebens mit nur vorübergehenden Folgen von den Leistungen der Sozialversicherung ausgeschlossen. Bis die Wartezeit verstrichen ist, muß der Versicherte die Leistungen entbehren; man nennt die Wartezeit deshalb auch Karenzzeit. Eine Wartezeit ist gesetzlich vorgeschrieben in der Krankenversicherung für das Krankengeld (drei Tage vom Beginne der Arbeitsunfähigkeit, § 182 Abs. 1 Nr. 2 RVO.) und kann hier durch die Satzung nicht mehr, wie früher (§ 191 Abs. 2 RVO. bis zum Inkrafttreten der V. vom 26. Juli 1930), beseitigt werden. Eine echte Wartezeit kennt ferner die Arbeitslosenversicherung bei der Arbeitslosenunterstützung (einschließlich der Krisenunterstützung, sofern sie nicht im Anschluß an versicherungsmäßige Unterstützung zu gewähren ist). Sie läuft erst von der formellen Arbeitslosmeldung, nicht schon vom tatsächlichen Eintritt des Versicherungsfalles, wird gehemmt durch Versäumung der Meldung zwecks Arbeitsvermittlung (Stem-

peln) und ist in ihrer Dauer abgestuft nach dem Familienstande des Arbeitslosen und nach den Verhältnissen des Versicherten unmittelbar vor der Arbeitslosmeldung. Bei kurzer Zwischenbeschäftigung werden auf die Wartezeit die vorher verbrachten Wartetage angerechnet, so daß man hier ausnahmsweise von einer Unterbrechung der Wartezeit sprechen kann (§§ 110 bis 110b ArblVG.). Eine besondere Wartezeit ist vorgesehen für die Kurzarbeiterunterstützung; diese wird nur gewährt, wenn in dem Betrieb, an dessen Arbeitnehmer sie gezahlt werden soll, unmittelbar zuvor in zusammenhängenden Kalenderwochen mindestens acht volle Arbeitstage, in jeder Kalenderwoche aber mindestens zwei volle Arbeitstage ausgefallen sind oder der Betrieb unmittelbar zuvor mindestens zwei Wochen hintereinander geruht hat (Art. 4 KurzArbV.). Nur in abgewandeltem Sinne können als Wartezeiten angesehen werden die mit anderen Leistungen bedeckten Zeiträume, nach deren Verstreichen Renten aus der Unfallversicherung gewährt werden (§§ 559, 559c, 559d, 559l, 930, 1065 RVO.), und die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit unter Fortbezug von Arbeitsentgelt, nach deren Verstreichen als satzungsmäßige Mehrleistung eine Erhöhung des Krankengeldes eintreten kann (§ 191 Abs. 2, § 189 Abs. 1 Satz 2 RVO.). Nicht eigentlich Wartezeiten sind auch die Zeitabschnitte, nach deren Zurücklegen bei Fortbestand der Leistungsvoraussetzungen jeweils eine neue Hebung wiederkehrender Leistungen (Renten, Krankengeld, Arbeitslosenunterstützung) fällig wird.

2. Nichterschöpfung des Anspruchs ist eine besondere Leistungsvoraussetzung in der Krankenversicherung und der Arbeitslosenversicherung. Hauptsächlich aus Gründen geordneter Versicherungswirtschaft ist in diesen Versicherungszweigen, die mit kurzdauernden Versicherungsfällen rechnen, die Leistungsdauer noch obendrein durch ein rechtliches Höchstmaß beschränkt. Dieses beträgt für den Bezug von Krankengeld und in Fällen, wo nur Krankenpflege zu gewähren ist, für diese gewöhnlich 26 Wochen (§ 183 RVO.), kann aber durch die Satzung für die ganze Krankenhilfe auf ein Jahr erweitert werden (Mehrleistung, § 187 Nr. 1 RVO.). Ähnliche Grenzen bestehen für die Wochenhilfe und Familienwochenhilfe (§§ 195a, 205a RVO.). Für die Familienkrankenpflege ist das Maß der Regelleistung 13 Wochen, der Mehrleistung 26 Wochen (§ 205 RVO.; in der knappschaftlichen Krankenversicherung gilt für die Familienkrankenpflege das gleiche zeitliche Maß wie für die Krankenhilfe, § 23 RKnG.). Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung ist erschöpft, wenn sie insgesamt (wenn auch mit Unterbrechungen) für 26 (bei Saisonarbeitern für 20) Wochen gewährt worden ist. Als Mehrleistung kann die Unterstützungsdauer bei besonders ungünstigem Arbeitsmarkt bis auf 39 Wochen ausgedehnt, für berufsübliche Arbeitslosigkeit kann sie abweichend festgesetzt werden. In die Bezugsdauer werden Sperrzeiten und unter Umständen Zeiten des Genusses von Krisenunterstützung eingerechnet (§§ 99, 99a, 100 ArblVG.). Wer seinen Anspruch auf Krankenhilfe oder versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung erschöpft hat, wird von der Praxis als „ausgesteuert" bezeichnet. Versicherungsleistungen kann er erst in einem neuen Versicherungsfalle beanspruchen, in der Krankenversicherung bei Rückfallerkrankung, wenn die Kassensatzung das bestimmt, nur in sachlich und zeitlich beschränktem Umfange (§ 188 RVO.). Nach der Aussteuerung sieht der Kranke sich gegebenenfalls auf die allgemeine Fürsorge nach der FürsPflV. angewiesen, dafern er nicht Invalidenrente oder Ruhegeld beanspruchen kann (§ 1255 Abs. 3 RVO., § 30 Abs. 2 AVG., § 35 Nr. 2, § 57 Abs. 2 RKnG.). Auf die Erschöpfung des Anspruchs auf versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung folgt unter Umständen der Bezug der Krisenunterstützung (§ 101 ArblVG.) und erst auf deren Erschöpfung die Unterstützung als „Wohlfahrtserwerbsloser" durch die allgemeine öffentliche Fürsorge.

3. Dem Anspruch auf Leistungen kann vom Versicherungsträger die Einrede der Verjährung entgegengesetzt werden, deren Folgen denen bei bürgerlichrechtlichen Ansprüchen gleichen. Der Verjährung unterliegt jeweils nur der An-

spruch auf die einzelne Leistung (Hebung, Rate), nicht der ganze Anspruch auf Versicherungsleistungen als solcher (außer wenn dieser von vornherein nur auf eine einzelne Leistung, etwa Sterbegeld, gerichtet ist), weil der Lauf der Verjährungsfrist Eintritt der Fälligkeit voraussetzt. Die Verjährungsfrist beträgt im allgemeinen vier Jahre, gerechnet vom Tage der Fälligkeit (§ 29 Abs. 3 RVO., § 29 AVG., § 144 Abs. 3 RKnG.; wegen der Berechnung der Fristen vgl. §§ 124ff. RVO., §§ 320ff. AVG., § 227 RKnG.), bei Krankenversicherungsleistungen zwei Jahre nach dem Tage der Entstehung des Anspruchs (§ 223 Abs. 1 RVO., § 144 Abs. 3 RKnG., vgl. auch § 411 Abs. 3 RVO.). Für den Eintritt der Verjährung ist es gleichgültig, ob der Anspruch bereits festgestellt ist oder nicht.

4. Um Leistungen der Sozialversicherung zu erhalten, muß der Berechtigte im allgemeinen den Anspruch darauf erheben; nur auf dem Gebiete der Unfallversicherung sind die Leistungen von Amts wegen festzustellen (§ 1545 RVO.). Sonst setzt der Anspruch rechtzeitige Geltendmachung voraus. Die Anmeldung der Ansprüche kann in sehr freien Formen erfolgen; z. B. wird der Anspruch auf Krankenpflege durch einfaches Aufsuchen des Arztes geltend gemacht. In der Krankenversicherung ist für die Geltendmachung des Leistungsanspruches keine bestimmte Frist gesetzt. Nur können ärztliche Behandlung und ähnliche Leistungen naturgemäß nicht für die Vergangenheit gefordert werden. Gegen allzu späte Erhebung von Geldansprüchen hilft die kurze Verjährung (oben 3). In der Arbeitslosenversicherung werden Leistungen überhaupt nur für die Zeit nach der Arbeitslosmeldung oder Kurzarbeitsanzeige und gegebenenfalls nach Ablauf der Wartezeit gewährt (§§ 110, 110a, 186 ArblVG., Art. 6 KurzArbV.). Auch nach der Arbeitslosmeldung, Stellung des Unterstützungsantrages (§§ 168, 170 ArblVG.) und Bewilligung der Unterstützung muß der Arbeitslose auf deren rechtzeitige Abhebung bedacht sein, weil die Unterstützung grundsätzlich einem unmittelbaren und gegenwärtigen Bedürfnisse dient. Der Anspruch auf Auszahlung der fällig gewordenen Unterstützungsbeträge ist ausgeschlossen, wenn seit dem Tage, für den sie bewilligt worden sind, drei Monate verstrichen sind (§ 116 ArblVG.); der Ausschluß begründet nicht nur eine Einrede, sondern wirkt rechtsvernichtend und ist von Amts wegen zu berücksichtigen. Der Lauf der Ausschlußfrist beginnt nicht vor der Bewilligung der Unterstützung, so daß lange Dauer des Unterstützungsverfahrens dem Berechtigten nicht schadet. Neben dem Ausschluß brauchte eine Verjährung des Leistungsanspruches im ArblVG. nicht vorgesehen zu werden. In den Rentenversicherungen einschließlich der knappschaftlichen Pensionsversicherung werden Renten länger als auf ein Jahr rückwärts, gerechnet vom ersten Tage des Monats an, in welchem der Antrag eingegangen ist, nicht gezahlt, sofern nicht der Berechtigte durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse verhindert worden ist, den Antrag rechtzeitig zu stellen, und ihn binnen dreier Monate nach Wegfall des Hindernisses nachholt (§ 1253 RVO., § 28 AVG., § 86 RKnG.). Soweit der Rentenanspruch nicht rechtzeitig geltend gemacht wird, kommt er nicht zur Entstehung. Eine ähnliche Regelung ist in der Unfallversicherung für die Erhöhung und Wiedergewährung der Rente getroffen (§ 611 RVO.). Sie kann nur für die Zeit nach der Anmeldung des Anspruches, nur bei der Erhöhung der Witwenrente wegen Erwerbsfähigkeitsbeschränkung (§ 588 Abs. 1 Satz 2) auch für eine Zeit bis zu drei Monaten vor der Geltendmachung verlangt werden.

5. Für die Unfallversicherung gilt im übrigen eine andersartige Vorschrift. Obwohl nämlich ihre Leistungen von Amts wegen festzustellen sind (§ 1545 Abs. 1 Nr. 1 RVO.) und die Feststellung durch die Pflicht des Betriebsunternehmers zur Unfallanzeige gesichert ist (§ 1552), verfällt doch der Leistungsanspruch dem Ausschluß (Präklusion), wenn die Leistung nicht von Amts wegen festgestellt worden ist und der Berechtigte ihn nicht spätestens zwei Jahre nach dem Unfall bei dem Versicherungsträger anmeldet (§ 1546), also selbst sein Interesse an den Leistungen

wahrnimmt. Dadurch sollen unbegründete Ansprüche abgewehrt und Beweisschwierigkeiten vermieden werden. Ein öffentliches Interesse an der Einhaltung der Anmeldefrist besteht jedoch nach Auffassung der Praxis nicht. Deshalb wird die Wahrung der Frist nicht von Amts wegen geprüft, kann vielmehr der Ausschluß vom Versicherungsträger einredeweise geltend gemacht oder auch darauf verzichtet werden. Zum Unterschiede von der Verjährung erfaßt aber die Einrede des Ausschlusses grundsätzlich den ganzen aus dem Versicherungsfall erwachsenen Anspruch, nicht nur einzelne Leistungen und nicht nur einzelne Unfallfolgen. Jedoch läuft für den Anspruch der Hinterbliebenen auf Unfallversicherungsleistungen, wenn diese nicht von Amts wegen festgestellt sind (wobei die Feststellung des Sterbegeldes nicht auch die Feststellung der Hinterbliebenenrenten bedeutet), eine besondere Ausschlußfrist von zwei Jahren, gerechnet von dem als Unfallfolge eingetretenen Tode des Verletzten an (§ 1548). Diese neue Frist tritt zugunsten der Hinterbliebenen auch dann in Lauf, wenn der Verletzte selbst mit seinem Anspruch nach § 1546 ausgeschlossen war. Trotz Ablauf der Ausschlußfrist kann der Verletzte selbst seinen Anspruch noch geltend machen, wenn später eine neue Unfallfolge oder eine wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen bemerkbar wird. Ebenso können der Verletzte und die Hinterbliebenen die Anmeldung noch nachholen, wenn sie an ihr durch außerhalb ihres Willens liegende Verhältnisse verhindert worden waren. Die Anmeldung muß in diesen Fällen binnen dreier Monate nach dem Bemerkbarwerden der Voraussetzung oder dem Wegfalle des Hindernisses vorgenommen werden (§§ 1547, 1548 Abs. 2). Auch für die Anmeldung des Unfalleistungsanspruches zur Vermeidung des Ausschlusses gilt der Grundsatz der beweglichen Empfangszuständigkeit (§ 1549). Auch im Versicherungsfalle der Berufskrankheit unterliegen die Ansprüche dem Ausschluß, wobei hier als Zeitpunkt des Unfalls das Ende der Beschäftigung in dem versicherten Betriebe gilt (§ 3 V. vom 11. Februar 1929).

6. Obwohl grundsätzlich die Art der Verursachung des einzelnen Versicherungsfalles in der Sozialversicherung keine Rolle spielt, ist doch in einigen Fällen ein Ausschluß des Leistungsanspruches vorgesehen, in denen die Veranlassung zum Eintritt des Versicherungsfalles oder das sonstige Verhalten des Versicherten rechtlich mißbilligt wird. Fahrlässigkeit des Berechtigten ist dabei meist unerheblich. Vorsatz führt im allgemeinen nur dann zum Leistungsausschluß, wenn er nicht auf bloße Verbotswidrigkeit, sondern, mindestens als dolus eventualis, auf Herbeiführung des Versicherungsfalles gerichtet war. Zu unterscheiden sind die Fälle der Leistungsversagung, in denen wegen rechtswidriger Veranlassung des Versicherungsfalles von Gesetzes oder Satzungs wegen allgemein kein Anspruch besteht, von den Fällen, in denen das Verhalten des Anspruchsträgers den Versicherungsträger zur Leistungsverweigerung berechtigt. Die Leistungsversagung entspricht einer Einwendung, die Leistungsverweigerung einer Einrede. Beide können entweder den ganzen aus dem Versicherungsfall entstehenden Leistungsanspruch oder nur den Anspruch auf die einzelne Leistung treffen.

a) Leistungsversagung wegen Mißverhaltens ist in der Krankenversicherung nicht gesetzlich vorgeschrieben, aber zugelassen. An der Heilung allerdings besteht auch bei vorsätzlich herbeigeführter Erkrankung ein öffentliches Interesse; die Krankenpflege und ihre Ersatzleistungen dürfen deshalb nicht versagt werden. Das Krankengeld aber kann die Satzung der Krankenkasse den Versicherten allgemein in voller Höhe oder teilweise versagen, wenn sie sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte (auch fahrlässige) Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen haben, ohne daß es auf die Bestrafung dieser von mehreren Personen widerrechtlich begangenen Handlungen ankommt. Die Leistungsversagung wirkt für die Dauer dieser Krankheit, ergreift also den Krankengeldanspruch für den ganzen durch das mißbilligte Verhalten ausgelösten Versicherungsfall (§ 192 Nr. 2 RVO.). Im Gegensatze dazu wird kein ursächlicher Zusammenhang zwischen

dem Versagungsgrund und einem bestimmten Versicherungsfall gefordert, wenn ein Mitglied die Krankenkasse durch eine strafbare Handlung geschädigt hat, die mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedroht ist; hier tritt die Versagung des Krankengeldes, wenn die Satzung sie vorsieht, für die Dauer eines Jahres nach der Straftat ein, und zwar auch dann, wenn keine Verurteilung erfolgt (§ 192 Nr. 1). Die Versagung oder Kürzung des Krankengeldes ist nicht dem Ermessen der Kassenorgane im Einzelfall überlassen. In der Unfallversicherung steht von Gesetzes wegen dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen kein Anspruch zu, muß also der Versicherungsträger die Leistung versagen, wenn sie den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben (§§ 556, 930, 1065 RVO.). Entsprechendes gilt in den Rentenversicherungen bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles (§ 1254 Abs. 1, § 1267 RVO., § 26 Abs. 1, § 39 AVG., § 85 RKnG.). In der Invaliden- und der Angestelltenversicherung ist zunächst vorgeschrieben, daß den Anspruch auf die Rente oder das Ruhegeld verliert, wer sich vorsätzlich invalide oder berufsunfähig macht. Diese negative Anspruchsvoraussetzung trifft nur den Versicherten selbst, nicht seine Hinterbliebenen. Der Gesetzesausdruck, daß der Täter den Anspruch „verliert", ist nicht ganz zutreffend. Der Anspruch entsteht gar nicht; verloren wird die Anwartschaft darauf. Der Versagungsgrund betrifft nur den durch die Tat herbeigeführten Versicherungsfall, nicht die wegen Alters zu fordernde und nicht die schon erworbene Rente. Er ergreift den ganzen Rentenanspruch, nicht nur einzelne Hebungen. Bei Selbstmordversuch liegt in dem auf Selbstvernichtung gerichteten Willen zugleich der bewußte Eingriff in die Unversehrtheit des Körpers, dafern der Täter zurechnungsfähig war. In der knappschaftlichen Pensionsversicherung ist der Versagungsgrund der vorsätzlichen Berufsunfähigmachung nicht vorgeschrieben; doch dürfte rechtsähnliche Anwendung geboten sein. Weiter haben diejenigen Hinterbliebenen keinen Anspruch auf Leistung, die den Tod des Versicherten, einerlei ob vor oder nach seinem Eintritt in den Rentenbezug, vorsätzlich herbeigeführt haben. Dieser Grund der Leistungsversagung ist auch bei den knappschaftlichen Pensionsleistungen ausdrücklich aufgeführt. Für die knappschaftliche Kranken- und Invalidenversicherung gelten auch bei der Leistungsversagung die allgemeinen Vorschriften dieser Versicherungszweige (§§ 20, 103 RKnG.).

Etwas abweichend vom sonstigen Sozialversicherungsrecht gestaltet sich die Leistungsversagung wegen mißbilligten Verhaltens in der Arbeitslosenversicherung, weil hier ganz allgemein nur objektiv verursachte, nicht in der Person des Versicherten begründete Arbeitslosigkeit zu Leistungen führt. Um Arbeitslosenunterstützung (versicherungsmäßige oder Krisenunterstützung) bekommen zu können, muß der Versicherte unter anderem arbeitswillig sein (§ 87 Abs. 1 Nr. 1 ArblVG.). Die Feststellung der Arbeitswilligkeit als eines innerpersönlichen Tatbestandes macht besondere Schwierigkeiten. Deshalb war bis zur V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931 nicht Arbeitswilligkeit schlechthin zur Anspruchsvoraussetzung gemacht, sondern es waren und sind bestimmte Tatbestände als negative Anspruchsvoraussetzungen (erschöpfend) aufgezählt, die zur Versagung der Unterstützung für gewisse Sperrfristen führen. Bei bestehender Arbeitslosigkeit sind solche Tatbestände die Weigerung zur Arbeitsaufnahme ohne gesetzlichen Grund (§ 90), die Verweigerung der Pflichtarbeit bei Arbeitslosen unter 21 Jahren und bei Krisenunterstützten (§ 91), die Weigerung, sich einer Berufsumschulung oder Berufsfortbildung zu unterziehen (§ 92). Hinzu tritt als Versagungsgrund die Aufgabe der bisherigen Arbeitsstelle ohne ausreichenden Grund und ihr Verlust durch ein Verhalten, das den Arbeitgeber zur außerordentlichen Kündigung berechtigte (§ 93). Auf ein eigentliches Verschulden bei der Herbeiführung oder Aufrechterhaltung des Versicherungsfalles kommt es durchweg nicht an, und wenn auch fast immer von einem gewissen schuldhaften Verhalten des Arbeitslosen gesprochen werden kann, so genügt für die Versagung der Unterstützung doch jedenfalls Fahrlässigkeit. Allerdings muß der

Betroffene über die Rechtsfolgen der Arbeitsverweigerung belehrt worden sein (§ 90 Abs. 1). Nunmehr genügt als Sperrgrund jede bestimmt anzugebende Tatsache, aus der sich ergibt, daß der Arbeitslose arbeitsunwillig oder durch eigenes Verschulden arbeitslos ist (§ 93c). Die Sperrung der Unterstützung dauert bei Verweigerung von Pflichtarbeit so lange wie die Weigerung, wenn zu der Arbeitsleistung Gelegenheit besteht. Sonst beträgt die Sperrfrist in jedem Falle sechs Wochen (Berechnung s. § 93b); ihr gesetzliches Maß kann aber nach Ermessen der für die Entscheidung über den Unterstützungsanspruch zuständigen Stelle bis auf die Hälfte herabgesetzt oder bis auf das Doppelte verlängert werden (§ 93a). Dabei kommt es auf die Schwere des Falles, mithin auf die Schuldseite, an. Die Leistungsversagung geht hier in die Leistungsverweigerung über. Der Leistungsausschluß trifft die jeweiligen (in die Sperrzeit fallenden) Hebungen, nicht den ganzen Anspruch. Seine Wirkung beschränkt sich aber, außer im Falle des § 91, nicht auf eine zeitliche Verschiebung der Leistungen, sondern wird dadurch verschärft, daß für die Erschöpfung des zeitlich begrenzten Anspruches (s. oben 2) die Sperrfristen angerechnet werden (§ 100).

b) Leistungsverweigerung nach Lage des Einzelfalles und Ermessen des Versicherungsträgers ist, als Einrede gegen den Leistungsanspruch als Ganzes, vorgesehen in der Unfall-, Invaliden-, Angestellten- und knappschaftlichen Pensionsversicherung, wenn der Versicherte sich den Versicherungsfall (oder in der Invalidenversicherung auch die Witwe sich die Invalidität) beim Begehen einer Handlung zugezogen hat, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder ein vorsätzliches Vergehen ist (§§ 557, 930, 1065, 1254 Abs. 2 RVO., § 26 Abs. 2 AVG., § 79 RKnG.). Dabei gilt die Verletzung bergpolizeilicher Verordnungen oder der § 93 Abs. 2, 3, §§ 95 bis 97 SeemO. (s. auch § 1066 RVO.), auch wenn vorsätzlich begangen, nicht als Vergehen. Die Leistungsverweigerung hat an sich strafgerichtliche Verurteilung (auch durch rechtskräftigen amtsrichterlichen Strafbefehl) zur Voraussetzung, kann aber auch eintreten, wenn wegen des Todes, der Abwesenheit oder eines anderen in der Person des Versicherten liegenden Grundes kein strafgerichtliches Urteil ergeht. Die Leistungsverweigerung (vom Gesetz ohne scharfe terminologische Scheidung von den zu a besprochenen Fällen als „Versagung" bezeichnet) erfaßt den ganzen Anspruch, nicht nur einzelne Hebungen, kann aber vom Versicherungsträger auf einen Teil (Quote, nicht zeitlichen Teil) der Leistung beschränkt geltendgemacht werden. Auch kann eine dem Versicherten (oder der invaliden Witwe) verweigerte Rente den im Inlande wohnenden Angehörigen ganz oder teilweise überwiesen werden, wenn — bei der Unfallrente — die Angehörigen im Falle des Todes des Versicherten Anspruch auf Rente haben würden oder — bei den Invaliden-, Angestellten- und knappschaftlichen Pensionsrenten — ihr Unterhalt bisher ganz oder überwiegend vom Versicherten aus seinem Arbeitsverdienste bestritten worden ist.

Um ein mißbilligtes Verhalten des Versicherten (oder der Witwe eines Invalidenversicherten), das zwar nicht den Versicherungsfall geradezu herbeiführt, wohl aber seine voraussichtliche Verhütung verhindert, handelt es sich auch bei der Leistungsverweigerung wegen Nichtduldung eines vorbeugenden Heilverfahrens, das vom Versicherungsträger eingeleitet ist (§§ 1269, 1272 RVO., § 41 Abs. 1, § 45 AVG., § 47 Abs. 1, §§ 48, 65 RKnG.). Ferner kann der Versicherungsträger dem Empfänger nach Eintritt des Versicherungsfalles die Leistung verweigern, wenn er sich während des Leistungsgenusses mißbilligenswert verhält, insbesondere in der Unfallversicherung eine die Krankenbehandlung einschließlich des etwa angeordneten neuen Heilverfahrens (§ 603 RVO.) betreffende Anordnung oder eine Verpflichtung für das Verhalten bei Unfällen (§ 848b) nicht befolgt und dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig (auch nur heilungsverzögernd) beeinflußt wird (§§ 606, 930, 1065 RVO.), in den Rentenversicherungen sich einem angeordneten korrigierenden

Heilverfahren entzieht (§§ 1305, 1306 RVO., § 41 Abs. 2, § 45 AVG., § 47 Abs. 2, §§ 48, 65 RKnG.), in der Invalidenversicherung auch eine Nachuntersuchung oder Beobachtung im Krankenhause verweigert (§ 1306 RVO.). Voraussetzung der Leistungsverweigerung ist durchweg, daß der Betroffene auf die Folge hingewiesen worden war, daß die von ihm nicht geduldete Maßnahme ordnungsmäßig angeordnet war und daß er sie ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund verweigert hat. Bei Heilverfahren muß außerdem ein angemessener Erfolg für die Erwerbsfähigkeit zu erwarten gewesen sein. Zwangsheilung ist, anders als in § 4 Abs. 2 G. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927 (RGBl. I S. 61), in der Sozialversicherung nicht vorgesehen. Operationen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen oder nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können, brauchen die Versicherten nicht zu dulden, wohl aber kleinere chirurgische Eingriffe und sonstige ärztliche Behandlungsmaßnahmen (Verbände, Arzneien usw.). Die Leistungsverweigerung erstreckt sich in allen hier erwähnten Fällen nicht auf den gesamten Anspruch, sondern nur auf einzelne Leistungen für eine von vornherein zu bestimmende Zeit; für diese Zeit kann die Leistung, insbesondere die Rente, ganz oder teilweise (quotal) versagt werden. Die Krankenversicherung kennt einen entsprechenden Verweigerungsgrund (über die Versagung nach § 192 Nr. 2 RVO. hinaus) nicht. Gegen einen Versicherten, der selbst (nicht auch, dessen kranke Familienangehörige bei Familienkrankenpflege) die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt, kann nur Ordnungsstrafe bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden Übertretungsfall vom Kassenvorstand festgesetzt werden (§ 529 RVO., vgl. auch § 259 ArblVG.); Aufrechnung auf den Krankengeldanspruch ist bis zu dessen halber Höhe zulässig (§ 223 Abs. 2 RVO., vgl. § 259 Abs. 1 Satz 2 ArblVG.).

7. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist ausgeschlossen für die Zeit seines Ruhens, das unmittelbar von Gesetzes wegen eintritt und die jeweiligen Einzelleistungen nicht zur Hebung kommen läßt, während der Leistungsanspruch als Ganzes unberührt bleibt. Für die Erschöpfung des Leistungsanspruches zählt aber die Zeit des Ruhens meist wie eine Leistungszeit; Nachleistung findet nicht statt. Das Ruhen ist vorgeschrieben zur Vermeidung sozialpolitisch unangebrachter Leistungen, sei es weil in den Händen des Empfängers die Leistungen der Sozialversicherung sich häufen oder mit anderen Empfängen zusammentreffen würden, sei es weil in der Person des Berechtigten vorliegende Umstände die Leistungen überflüssig oder dem reichsdeutschen Allgemeininteresse abträglich erscheinen lassen.

a) Ruhen beim Zusammentreffen von Leistungen ist vorgeschrieben in der Krankenversicherung, wenn der Versicherte gleichzeitig Krankengeld aus einer anderen Versicherung oder versicherungsähnlichen Einrichtung irgendwelcher Art erhält; dann hat die Krankenkasse (und kann die Ersatzkasse, § 507 Abs. 2 RVO.) ihre Geldleistung so weit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld des Versicherten (aus allen zusammentreffenden Versicherungen) den Durchschnittsbetrag seines wirklichen täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt. Die Satzung der Krankenkasse kann allerdings diese der Abwehr einer Überversicherung im Privatrechtssinne nahekommende Kürzung ganz oder teilweise ausschließen (§ 189 Abs. 2 RVO.). Der Durchführung dieser Ruhensvorschrift dient die Mitteilungspflicht nach § 190 RVO. Ruhen des Anspruchs auf Kranken- oder Hausgeld ist ferner vorgeschrieben, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält (§ 189 Abs. 1, § 507 Abs. 1 RVO.). Dabei gelten bloße Zuschüsse des Arbeitgebers zum Kranken- oder Hausgeld, die nicht förmlich als Arbeitsentgelt oder Bruchteile davon zu zahlen sind, auch dann nicht als Arbeitsentgelt, wenn sie auf einer Verpflichtung (oft tariflicher Art) beruhen und sich bürgerlichrechtlich als Teile des Arbeitsentgelts darstellen. Für den Eintritt des Ruhens kommt es demnach sehr auf die Formulierung des Anspruchs gegen den Arbeitgeber an. Das Ruhen des

Krankengeldanspruches wegen Zusammentreffens mit Arbeitsentgelt ist erst durch die Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 angeordnet worden und dient der wirtschaftlichen Entlastung der Krankenkassen. Ergänzend ist durch die Diktaturverordnungen vom 1. Dezember 1930 und vom 5. Juni 1931 bestimmt worden, daß der sogenannte Sechswochenanspruch Angestellter auf Fortzahlung des Gehalts nach § 63 HGB., 133c GewO., § 616 BGB. durch Vertrag nicht ausgeschlossen oder beschränkt werden kann, also zwingenden Rechtes ist. Für Versicherte, die Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben, hat die Kassensatzung die Beiträge entsprechend geringer zu bemessen. Sie kann außerdem für die Zeit nach Wegfall des Arbeitsentgelts ein gegenüber dem gewöhnlichen Maß erhöhtes Krankengeld vorsehen. In beiden Fällen des § 189 RVO. kann der Krankengeldanspruch ganz, aber auch nur zu einem quantitativen Teile („Kürzung") zum Ruhen kommen; in jedem Falle wird bei der Berechnung der andere Empfang zuerst und voll berücksichtigt, und die öffentlichrechtliche Leistung der Krankenkasse tritt nur ergänzend hinzu. Gegenüber der See-Krankenkasse ruht der Anspruch auf die gesamte Krankenhilfe ferner während der Dauer der Reederfürsorge, insbesondere solange der Seemann sich an Bord des Schiffes, auf der Reise oder im Auslande befindet. Der Zeitraum des Ruhens wird hier ausnahmsweise in die Dauer der Krankenhilfe nicht eingerechnet (§ 480 RVO.). Das Ineinandergreifen der Leistungen der Kranken- und der Unfallversicherung wird in anderem Zusammenhange besprochen (vgl. § 24). Beim Zusammentreffen mehrerer Rentenansprüche aus der Sozialversicherung in der Person eines Berechtigten ruhen zur Vermeidung überhoher, insbesondere den früheren Arbeitsverdienst übersteigender Bezüge Teile von einzelnen Renten (§§ 1311 bis 1311d, 1259 Abs. 3, 1318 RVO., §§ 71a bis 71e, 33 Abs. 3, § 78 AVG., §§ 99, 106 bis 108 RKnG.). Dem gleichen Zwecke, zugleich aber der vollen Ausnutzung erworbener Anwartschaften dienen die Vorschriften über die Wanderversicherung (§ 1254a RVO., § 27 AVG., §§ 67 bis 71, 109 RKnG., vgl. § 19 Anhang, S. 140). Beim Zusammentreffen mehrerer Hinterbliebenenrenten, die verschiedenen Berechtigten auf Grund desselben Versicherungsverhältnisses zustehen, werden zum wirtschaftlichen Schutze des Versicherungsträgers die einzelnen Renten verhältnismäßig gekürzt, wenn sie zusammen ein bestimmtes Maß überschreiten; beim Ausscheiden eines Hinterbliebenen erhöhen sich die Renten der übrigen bis zum zulässigen Höchstbetrage (§§ 595, 1262 RVO., § 35a AVG., § 41 Abs. 2 RKnG.). Die Kürzung ist auch hier ein Fall des Ruhens. Mehrere Unfallrenten werden nebeneinander gewährt; ja die Häufung mehrerer solcher Renten, deren Hundertsätze zusammen die Zahl fünfzig erreichen, ist wahlweise neben dem Bezug einer Rente von mindestens fünfzig vom Hundert der Vollrente Voraussetzung für den Anspruch des „Schwerverletzten" auf Kinderzulage, die dann zu jeder einzelnen Rente in prozentualer Höhe gewährt wird (§§ 559b, 930, 1065 RVO.).

b) Wegen persönlicher Verhältnisse des Berechtigten ruhen Ansprüche auf Versicherungsleistungen während einer Freiheitsstrafe, Untersuchungshaft, Unterbringung in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt, während des Aufenthaltes im Ausland ohne Einhaltung gewisser Ordnungsvorschriften, während einer Dienstleistung auf fremden Kriegsschiffen, bei Ausländern während eines freiwilligen Aufenthaltes im Ausland und für die Zeit einer Ausweisung (§§ 216, 218, 615, 615a, 930, 1116, 1117, 1312 bis 1314 RVO., §§ 72 bis 74 AVG., §§ 91 bis 93, 95 RKnG.). Unter Umständen können Teile der Leistungen oder einzelne Leistungen den auf freiem Fuß oder im Inlande befindlichen Familienangehörigen gewährt werden (§ 216 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2, § 615 Abs. 1 Nr. 1, § 1116 Abs. 1, § 1312 Abs. 2 RVO., § 72 Abs. 2 AVG., § 91 Abs. 2 RKnG.). Deutsche Schutzgebiete gelten zumeist als Inland im Sinne der Ruhensvorschriften; für ausländische Grenzgebiete und für Angehörige von Staaten, deren Gesetzgebung Deutschen eine entsprechende Fürsorge gewährleistet, kann die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats

das Ruhen ausschließen (§ 216 Abs. 1 Nr. 2, § 615 Abs. 2, 4, § 1116 Abs. 2 Nr. 3, Abs. 4, §§ 1314, 1315 RVO., §§ 75, 77 AVG., § 94 RKnG.). Bei den ins Ausland zu zahlenden Renten aus der Invalidenversicherung bleibt der Reichszuschuß außer Ansatz, soweit nicht der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats Ausnahmen zugelassen hat (§ 1316 RVO., vgl. V. vom 22. Oktober 1928, RGBl I. S. 379). Auslandaufenthalt kann den Versicherungsträger zur Ersatzleistung der Abfindung des Leistungsberechtigten mit einer einmaligen Zahlung berechtigen (§§ 217, 218, 617, 618, 930, 1065, 1317 RVO., § 76 AVG., § 96 RKnG.). — Der Anspruch auf Krankengeld ruht nach Vorschrift der Reichspräsidentenverordnung vom 26. Juli 1930 im Interesse verschärfter Überwachung der arbeitsunfähigen Kranken, solange die Arbeitsunfähigkeit der Kasse nicht gemeldet wird; doch wirkt die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf deren Beginn zurück (§ 216 Abs. 3, §§ 559h, 930, 1065 RVO., § 20 RKnG.).

§ 22. Die Leistungen im einzelnen.

Nachdem im vorstehenden die wichtigsten Voraussetzungen und Elemente der Sozialversicherungsleistungen erörtert worden sind, ist es nur noch nötig, über die Zusammenfügung dieser Stücke in den einzelnen Versicherungszweigen einen Überblick zu gewinnen und die Bemessung der Leistungen zu besprechen. Dabei wird im wesentlichen der gesetzlichen Anordnung der Leistungsarten zu folgen sein. Die nicht besonders gekennzeichneten Leistungen sind Regelleistungen.

I. In der Krankenversicherung sind Krankenhilfe (1), Wochenhilfe (2), Sterbegeld (3), deren Voraussetzungen in der Person des Versicherten eintreten, und Familienhilfe (4), ausgelöst durch Ereignisse in der Person eines Angehörigen, zu unterscheiden. Alle baren Leistungen werden nach dem Grundlohn (s. § 14 III 1, S. 117) bemessen (§ 180 RVO.). Mit Ausnahme des Sterbegeldes werden sie mit Ablauf jeder Woche ausgezahlt (§ 210), und zwar auch das Wochengeld für die Zeit vor der Entbindung (§ 195a Abs. 3). Für Versicherungspflichtige können Ansprüche auf Regelleistungen vom Beginn ihrer Mitgliedschaft an entstehen (§ 206); Mindestdauer des Versicherungsverhältnisses kann durch die Satzung für freiwillig Selbstversicherte (§ 207) und für Mehrleistungen (§§ 208, 209, 209a) vorgeschrieben werden. Wegen der Möglichkeit von Ansprüchen nach Ende des Versicherungsverhältnisses vgl. § 19 I 1 (S. 133). Für bereits eingetretene Versicherungsfälle können die Leistungen durch Satzungsänderung erhöht, nicht aber herabgesetzt werden (§ 211 RVO.). Beschränkungen des Leistungsmaßes sind bei freiwillig Selbstversicherten unter entsprechender Ermäßigung der Beiträge möglich (§ 215). Wegen des Ruhens und der Abfindung von Ansprüchen vgl. §§ 216 bis 218 RVO. (oben § 21, 7b).

1. Die Krankenhilfe (§ 182 RVO.) wird im Versicherungsfalle der Krankheit (s. § 20, 1, S. 141) gewährt und setzt sich gewöhnlich zusammen aus Krankenpflege (a) und Krankengeld (b), unter Umständen auch anderen Leistungen (c—e). Sie dauert so lange wie der Versicherungsfall, endet aber spätestens mit der Erschöpfung des Anspruches nach regelmäßig 26 Wochen (§§ 183, 187 Nr. 1, § 188 RVO., oben § 21, 2).

a) Die Krankenpflege setzt, wenn vom Versicherten in Anspruch genommen, mit Beginn der Krankheit ein und umfaßt ärztliche Behandlung (Begriff §§ 122, 123 RVO., s. unten § 32) oder eine bare Ersatzleistung nach §§ 370, 370a RVO. und Versorgung mit Arznei, Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln (§ 182 Abs. 1 Nr. 1). Sie muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Abs. 2). Zur Erlangung der Krankenhilfe hat der Versicherte in jedem Versicherungsfall einen Krankenschein bei der Krankenkasse zu lösen und dafür eine Gebühr von regelmäßig fünfzig Reichspfennigen zu entrichten (§ 187b). Die Lösung des Scheines und die Entrichtung der Gebühr ist aber nicht Voraussetzung des Anspruches auf Krankenhilfe, sondern

eine Verpflichtung, die dem Versicherten durch Geltendmachung seines Anspruches als gesetzliche Auflage erwächst. Die Ordnungsvorschrift, daß der Schein vor Inanspruchnahme des Arztes gelöst, die Gebühr also vorweg gezahlt werden soll, erfährt eine Durchbrechung in dringenden Fällen, insbesondere bei Unfällen oder wenn wegen der mit der Abholung des Scheines verbundenen Umstände der Arzt nicht mehr rechtzeitig helfen könnte (§ 187c Abs. 1). Behandelt der Arzt den Versicherten ohne Vorlage des Scheines, so ist seine Tätigkeit trotzdem ärztliche Behandlung im Sinne des Krankenversicherungsrechtes. Arznei, Heil- und Stärkungsmittel werden nur auf ärztliche Verordnung gewährt. Bei ihrer Abnahme hat der Versicherte von den Kosten jeder Verordnung (nicht jedes einzelnen verordneten Mittels) den Betrag von fünfzig Reichspfennigen, jedoch nicht mehr als die wirklichen Kosten an die abgebende Stelle zugunsten der Krankenkasse zu zahlen (§ 182a, ebenfalls gesetzliche Auflage, nicht Leistungsvoraussetzung). Die Verordnungsgebühr ist bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit für die nach Ablauf ihrer ersten zehn Tage noch notwendig werdenden Arznei- und Heilmittel nicht mehr zu entrichten (§ 182b Abs. 1). Von Krankenscheingebühr und Verordnungsgebühr befreit sind unterstützte Arbeitslose, Empfänger gewisser Renten aus der Sozialversicherung sowie Tuberkulöse und Geschlechtskranke, die eine Bescheinigung ihrer Fürsorge- oder Beratungsstelle über ihre Bedürftigkeit beibringen (§ 182b Abs. 2, § 187c Abs. 2). Der Reichsarbeitsminister kann über den Krankenschein und die Verordnungsgebühr Näheres bestimmen und nach Anhörung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen weitere Ausnahmen zulassen (§ 182a Abs. 2, § 187b Abs. 2). Für die Gewährung kleinerer Heilmittel (nicht auch von Arznei, Brillen und Bruchbändern) kann die Kassensatzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes einen Höchstbetrag festsetzen. Als Mehrleistung kann sie noch andere als kleinere Heilmittel, insbesondere Krankenkost oder einen Zuschuß hierfür zubilligen. Als Ersatzleistung kann die Satzung den freiwillig Weiterversicherten, die sich bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht im Bezirke der Kasse oder des Versicherungsamtes aufhalten, statt der Krankenpflege den Betrag mindestens des halben Krankengeldes zubilligen (§ 193). Die letztangeführte Vorschrift hat durch die Umschreibung der Weiterversicherten auf die Wohnortskasse (§ 313b RVO., s. § 7 IB 1a, S. 52) einen großen Teil ihrer Bedeutung verloren.

b) Auf Krankengeld hat der Versicherte Anspruch, wenn und solange er infolge Krankheit arbeitsunfähig (s. § 20, 3a, S. 143) ist; der Anspruch entsteht in jedem Versicherungsfall erstmals nach einer Wartezeit von drei Tagen der Arbeitsunfähigkeit (§ 182 Abs. 1 Nr. 2 RVO., vgl. § 21, 1). Das Krankengeld wird für jeden Kalendertag gewährt; endet jedoch die Arbeitsunfähigkeit an einem Sonntag oder staatlich allgemein anerkannten Feiertag, so wird dieser nicht als Tag der Arbeitsunfähigkeit mitgezählt (§ 183 Abs. 2). Das Krankengeld beträgt für jeden Tag die Hälfte des Grundlohnes (vgl. § 14 III 1, S. 117). Es kann durch die Satzung erhöht werden (Mehrleistung), und zwar für Versicherte mit Angehörigen, die der Versicherte bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat und die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, durch Zuschläge, die für den Ehegatten 10%, für jeden sonstigen Angehörigen 5% des Grundlohnes nicht übersteigen dürfen (§ 191 Abs. 1), für alle Versicherten oder nur für die Versicherten der unteren Lohnstufen von der siebenten Woche der Arbeitsunfähigkeit an bis auf 60% des Grundlohnes (Abs. 2), für Versicherte, deren Krankengeldanspruch anfangs wegen Fortbezugs des Arbeitsentgelts ruhte oder gekürzt wurde (vgl. § 21, 7a, S. 153), nach Wegfall des Arbeitsentgelts auf 60% des Grundlohnes (§ 189 Abs. 1 Satz 2). Der Gesamtbetrag von Krankengeld und Zuschlag darf in keinem Falle drei Viertel des Grundlohnes übersteigen (§ 191 Abs. 3). Wegen des Ruhens oder der Kürzung des Krankengeldanspruches beim Zusammentreffen mit anderen Ansprüchen vgl. § 189 RVO. (oben § 21, 7a), wegen des Ruhens vor Meldung der

Arbeitsunfähigkeit an die Kasse § 216 Abs. 3 RVO. (oben § 21, 7b), wegen der Leistungsversagung bei Mißverhalten § 192 RVO. (oben § 21, 6a, S. 150).

c) Krankenhauspflege, das ist Kur (Behandlung) und volle Verpflegung in einem Krankenhause, kann die Kasse nach pflichtmäßigem Ermessen ihres Vorstandes als Ersatzleistung an Stelle von Krankenpflege und Krankengeld gewähren; in Fällen, in denen es therapeutisch oder hygienisch geboten ist, soll sie das tun. Der Zustimmung des Kranken (nur bei Minderjährigen unter sechzehn Jahren des gesetzlichen Vertreters) zur Krankenhauspflege bedarf es nur, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist, und auch dann nicht, wenn die Krankenhauspflege therapeutisch oder hygienisch geboten ist oder der Erkrankte wiederholt der Krankenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat. Unter mehreren verfügbaren Krankenhäusern soll die Kasse dem Versicherten die Auswahl überlassen (§ 184 RVO.). Zur Krankenpflege, die dem Versicherten selbst angedeiht, tritt, wenn er bisher Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, ein Hausgeld im Betrage des halben Krankengeldes, das unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden kann; Hausgeld ist auch bei Unterbringung des Versicherten in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim zu zahlen (§ 186). Wegen des Ruhens bei Arbeitsentgeltbezug vgl. § 189 Abs. 1. Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Hausgeld erhöht und auch Versicherten, die keinen Anspruch auf Hausgeld haben, bei Krankenhauspflege oder Heimunterbringung ein Teil des Krankengeldes als sogenanntes Taschengeld gewährt werden (§ 194).

d) Hauspflege, d. h. Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger in der Wohnung des Kranken, darf die Kasse nach pflichtmäßigem Ermessen im Einzelfall als Mehrleistung sowie auch als Ersatzleistung für Krankenhauspflege gewähren, wenn letztere nicht ausführbar oder aus besonderen Gründen unzweckmäßig ist. Die Satzung kann gestatten, daß für die Hauspflege bis zu einem Viertel des Krankengeldes abgezogen wird, so daß dann die Hauspflege insoweit Ersatzleistung ist (§ 185). Hier und auch bei der Krankenhauspflege liegt die Besonderheit vor, daß im Krankenversicherungsrecht die Leistungen nicht durch Gesetz oder Satzung allgemein fest bestimmt sind, sondern über Gewährung und Maß (auch des Abzugs vom Krankengeld) das Ermessen des Kassenvorstandes im Einzelfall entscheidet. Für die Zwecke der Hauspflege und andere Aufgaben können Krankenkassen mit räumlich weitausgedehntem Bezirk Krankenschwestern anstellen (§ 185a).

e) Als Ergänzungen der Krankenhilfe kann die Satzung weitere Mehrleistungen vorsehen (§ 187 RVO.). In Betracht kommt Fürsorge für Genesende, etwa durch Krankenkost und Stärkungsmittel (bei deren Abnahme dann die Verordnungsgebühr nach § 182a zu zahlen ist), namentlich auch in Gestalt der Unterbringung in einem Genesungsheim (mit Hausgeld oder Taschengeld, § 186 Abs. 2, § 194 Nr. 2); die Fürsorge kann im Rahmen der Satzung vom Kassenvorstand nach pflichtmäßigem Ermessen im Einzelfalle bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gewährt werden (§ 187 Nr. 2). Ferner kann die Satzung allgemein Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligen, die nach beendetem Heilverfahren zur Herstellung oder Erhaltung der Arbeitsfähigkeit nötig sind (Nr. 3). Endlich können mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes Maßnahmen zur individuellen Krankheitsverhütung, z. B. Unterbringung in Erholungsheimen, vorgesehen werden (Nr. 4). In allen diesen Fällen werden die gewöhnlichen zeitlichen Grenzen des Leistungsanspruches überschritten, im letzten Fall ist Eintritt des Versicherungsfalles Krankheit überhaupt nicht Voraussetzung der Leistung.

2. Anspruch auf Wochenhilfe haben weibliche Versicherte, die in den letzten zwei Jahren vor der Niederkunft mindestens zehn Monate hindurch, im letzten Jahre vor der Niederkunft aber mindestens sechs Monate hindurch bei einer Kran-

kenkasse nach der RVO., der Reichsknappschaft oder einer Ersatzkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind. Voraussetzung dafür ist im ganzen der Versicherungsfall der Mutterschaft, der aber bei den einzelnen Leistungen in wechselnder Gestalt auftritt. Im einzelnen geht der Anspruch (§ 195a RVO.) auf:

a) Hebammenhilfe, Arznei und kleinere Heilmittel, erforderlichenfalls auch ärztliche Behandlung bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden (Nr. 1). Die Hebamme erhält für ihre Tätigkeit in jedem Schwangerschafts- bez. Entbindungsfall einen Pauschbetrag von der Krankenkasse und darf keine weiteren Ansprüche an die Wöchnerin stellen (§ 376a). Findet die Entbindung ohne Zustimmung der Kasse in einem Wöchnerinnenheime statt und wird die Hebammenhilfe der Kasse nicht in Anspruch genommen, so erhält die Wöchnerin den Pauschbetrag als Ersatzleistung (§ 196 Abs. 3).

b) einen einmaligen Entbindungskostenbeitrag (Nr. 2). Die Regelleistung beträgt 10 Reichsmark. Findet keine Entbindung statt (Fehlgeburt), so werden als Beitrag zu den Kosten der Schwangerschaftsbeschwerden 6 Reichsmark gewährt. Als Mehrleistung kann die Satzung den Betrag von 10 Reichsmark bis auf 25 Reichsmark erhöhen (§ 195b Abs. 1).

c) Wochengeld (Nr. 3). Als Regelleistung wird es für vier Wochen vor und sechs zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Niederkunft gezahlt und beträgt soviel wie das Krankengeld der Versicherten, mindestens aber 50 Reichspfennige täglich, für die Zeit vor der Entbindung jedoch drei Viertel des Grundlohnes, solange die Schwangere keine Beschäftigung gegen Entgelt ausübt. Vor der Entbindung wird die Dauer des Wochengeldbezuges auf zwei weitere Wochen erstreckt, wenn die Schwangere während dieser Zeit keine Beschäftigung gegen Entgelt ausübt und vom Arzte festgestellt wird, daß die Entbindung voraussichtlich innerhalb sechs Wochen stattfinden wird; bei Irrtum des Arztes über den Entbindungszeitpunkt verlängert sich die Anspruchsdauer noch weiter (§ 195a Abs. 2). Die Dauer des Wochengeldbezuges steht in Einklang mit den Schonzeiten des G. über die Beschäftigung vor und nach der Niederkunft vom 16. Juli 1927 (RGBl. I S. 184). Als Mehrleistung kann die Satzung die Dauer des Wochengeldbezuges bis auf insgesamt dreizehn Wochen erhöhen und mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes den Betrag bis zu drei Vierteln des Grundlohnes heraufsetzen (§ 195b RVO.). Neben dem Wochengeld wird kein Krankengeld gewährt. Arbeitet die Wöchnerin gegen Entgelt in der Bezugszeit nach der Entbindung, so wird nur das halbe Wochengeld gezahlt (§ 195a Abs. 4). Als Ersatzleistung kann mit Zustimmung der Wöchnerin an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim (daneben gegebenenfalls Hausgeld) oder unter Abzug eines Teiles bis zur Hälfte des Wochengeldes Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewährt werden (§ 196 Abs. 1, 2).

d) Stillgeld (Nr. 4). Voraussetzung dafür ist, daß die Versicherte ihr Neugeborenes stillt; nur wenn die Mutter gestorben ist, bleibt der Restanspruch auch auf Stillgeld demjenigen erhalten, der für den Unterhalt des Kindes sorgt (§ 195a Abs. 6). Das Stillgeld wird als Regelleistung bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft gezahlt und hat die Höhe des halben Krankengeldes, beträgt jedoch mindestens 25 Reichspfennige täglich und kann vom Kassenvorstande durch einen Höchstbetrag begrenzt werden. Bei der Zahlung des Stillgeldes können die Mütter nach Satzung oder Bestimmung der obersten Landesbehörde auf den sozialhygienischen Wert regelmäßiger Inanspruchnahme von Mütterberatungsstellen usw. hingewiesen werden. Als Mehrleistung kann die Satzung die Dauer des Stillgeldbezuges bis auf sechsundzwanzig Wochen erweitern (§ 195b Abs. 1). Der Stillgeldanspruch steht kumulativ neben dem Anspruch auf Wochengeld oder Krankengeld.

e) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann Schwangerengeld solchen Versicherten zugebilligt werden, die ihrer Kasse mindestens sechs Monate angehören

und infolge der Schwangerschaft (schon vor Beginn des Wochengeldbezuges) arbeitsunfähig werden. Das Schwangerengeld hat die Höhe des Krankengeldes. Es kann bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen vorgesehen werden, wobei die Bezugszeit nicht zusammenzuhängen braucht (§ 199 RVO.).

3. Sterbegeld wird beim Tode des Versicherten gezahlt (§ 201 RVO.). Stirbt der Versicherte während des Versicherungsverhältnisses, so ist die Todesursache gleichgültig. Sterbegeld wird auch dann gezahlt, wenn ein als Mitglied der Krankenkasse Erkrankter binnen eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe an derselben Krankheit stirbt und seine Arbeitsunfähigkeit bis zum Tode fortgedauert hat (§ 202). Vom Sterbegeld werden zunächst die Kosten der Bestattung bestritten und an den ausbezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Den etwaigen Überschuß erhalten die Familienangehörigen, die mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben; beim Fehlen solcher Berechtigter verbleibt der Überschuß der Kasse, besteht also für niemanden Anspruch darauf (§ 203). Das Sterbegeld beträgt als Regelleistung das Zwanzigfache des Grundlohnes (§ 201), kann aber durch die Satzung als Mehrleistung bis zum Vierzigfachen des Grundlohnes erhöht und im Mindestbetrag auf bis zu 50 Reichsmark festgesetzt werden (§ 204).

4. Bei der Familienhilfe, deren Voraussetzungen in der Person eines Angehörigen (deren Kreis bei den einzelnen Leistungen verschieden umschrieben ist) des Versicherten eintreten, ist zwischen Familienkrankenpflege, Familienwochenhilfe und Familiensterbegeld zu unterscheiden, die in den Grundzügen den Leistungen bei Wechselfällen in der Person des Versicherten entsprechen. Nur Krankengeld und Hausgeld werden nicht gewährt.

a) Familienkrankenpflege erhalten solche Versicherte, die innerhalb der letzten sechs Monate mindestens drei Monate auf Grund eines Reichsgesetzes für den Fall der Krankheit versichert waren, für den unterhaltsberechtigten Ehegatten und die unterhaltsberechtigten Kinder (und zwar eheliche, für ehelich erklärte, an Kindesstatt angenommene Kinder, uneheliche Kinder eines männlichen Versicherten bei festgestellter Vaterschaft, uneheliche Kinder einer weiblichen Versicherten, Stiefkinder und Enkel, wenn sie vor Eintritt des Versicherungsfalles von dem Versicherten überwiegend unterhalten worden sind), wenn diese sich gewöhnlich im Inland oder durch die Satzung gleichgestellten ausländischen Grenzgebieten aufhalten und nicht selbst einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege haben. Beim Zusammentreffen mehrerer Ansprüche wird die Familienkrankenpflege wegen einer Erkrankung nur einmal gewährt, und zwar von der zuerst in Anspruch genommenen Kasse (auch See-Krankenkasse, Reichsknappschaft oder Ersatzkasse). Der Anspruch geht gesetzlich bis zur Dauer von dreizehn Wochen auf ärztliche Behandlung im gleichen Umfange wie bei Versicherten, unter Entrichtung der Krankenscheingebühr, und auf Erstattung der halben Kosten für Arznei und kleinere Heilmittel. An Mehrleistungen kann die Satzung vorsehen: Erstreckung der Familienkrankenhilfe auf sonstige Angehörige, Erweiterung ihrer Dauer bis auf 26 Wochen, Erstattung der Kosten für Arznei und kleinere Heilmittel bis zu 70%, Gewährung von Hilfsmitteln, Stärkungsmitteln und anderen als kleineren Heilmitteln oder eines Zuschusses hierfür, Krankenhauspflege oder eines Zuschusses hierfür, der unmittelbar an das Krankenhaus gezahlt werden kann. Die Satzung kann bestimmen, daß für Kinder über einem bestimmten Alter kein Anspruch auf Familienkrankenpflege besteht und daß die Versicherten sich an den ärztlichen Wegekosten zu beteiligen haben (§ 205 RVO.). Als Regelleistung ist die Familienkrankenpflege bei den Krankenkassen erst durch die Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 eingeführt worden. In der knappschaftlichen Krankenversicherung, wo die Regelleistung schon seit der Novelle von 1926 vorgesehen ist, bestehen geringe Abweichungen (§ 23 RKnG.).

b) Anspruch auf Familienwochenhilfe haben Versicherte, die während der bei der Wochenhilfe vorgeschriebenen Mindestzeit versichert gewesen sind, bei Schwangerschaft und Niederkunft ihrer Ehefrau und in häuslicher Gemeinschaft mit ihnen lebender Töchter, Stief- und Pflegetöchter, wenn diese Angehörigen sich gewöhnlich im Inland oder durch die Kassensatzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes gleichgestellten Gebieten aufhalten und nicht selbst Anspruch auf Wochenhilfe haben. Anspruch auf Familienwochenhilfe hat auch die Angehörige selbst, wenn sie nach dem Tode des Versicherten innerhalb neun Monaten niederkommt. Treffen die Voraussetzungen des Anspruches mehrfach zu, so ist gleichwohl die Familienwochenhilfe wegen einer Mutterschaft nur einmal zu gewähren; die Wöchnerin hat die Wahl unter den Kassen (auch Reichsknappschaft und Ersatzkasse). Die Leistung besteht aus den gleichen Stücken wie die Wochenhilfe. Das Wochengeld beträgt 50, das Stillgeld 25 Reichspfennige täglich; als Mehrleistung können beide durch die Satzung je bis auf die Hälfte des Krankengeldes des Versicherten erhöht werden. Zulässig ist auch die Verlängerung der Bezugsdauer, sowie die Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim, Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen und Schwangerengeld durch die Satzung (§ 205a RVO.).

c) Familiensterbegeld ist Mehrleistung, auf die die Satzung dem Versicherten beim Tode des Ehegatten schlechthin, beim Tod eines Kindes oder sonstigen Angehörigen, wenn diese mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebten und überwiegend von ihm unterhalten worden sind, Anspruch einräumen kann. Das Höchstmaß dafür ist bei Ehegatten zwei Drittel, bei sonstigen Angehörigen die Hälfte des Sterbegeldes, das beim Tode des Versicherten zu zahlen wäre. Das Familiensterbegeld vermindert sich im Einzelfall um den Betrag des Sterbegeldes, auf das der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war (§ 205b RVO.).

II. In der Unfallversicherung setzen die Leistungen sich zusammen aus Krankenbehandlung (1), Berufsfürsorge (2) und Geldleistungen (3) bei Verletzung oder Erkrankung des Versicherten an einer Berufskrankheit, sowie Sterbegeld (4) und Hinterbliebenenrenten (5) bei Tötung. Die Leistungen sind in den drei Unterzweigen der Unfallversicherung fast gleich (s. ein für allemal §§ 930, 1065 RVO.); nur bei der Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes bestehen erhebliche Verschiedenheiten. Anspruchsvoraussetzung ist durchweg der Bestand des Versicherungsverhältnisses (s. § 19 I 2, S. 134; Ausnahme Lebensrettungsunfall) und die Verursachung des Körperschadens durch Betriebsunfall (s. § 20, 5, S. 146) oder Berufskrankheit (ebenda 1, S. 141). War der Verletzte schon zur Zeit des Versicherungsfalles dauernd völlig erwerbsunfähig, so hat er Anspruch nur auf Krankenbehandlung (§ 561 RVO.). Wegen des Ausschlusses, der Versagung und Verweigerung, des Ruhens sowie der Abfindung von Ansprüchen vgl. §§ 1546 ff., 556f., 595, 606, 615, 615a, 617f., 930, 1065f., 1116f. RVO. (oben § 21, 5 bis 7, S. 149ff.) sowie die V.en über die Abfindungen für Unfallrenten vom 14. Juni 1926 (RGBl. I S. 269) und vom 10. Februar 1928 (S. 22). Die Leistungen der Unfallversicherung werden hier zunächst ohne Rücksicht auf ihr Zusammentreffen mit Leistungen der Krankenversicherung dargestellt; wegen des Ineinandergreifens mit diesen vgl. unten § 24 (S. 181ff).

1. Krankenbehandlung (§ 558 Nr. 1 RVO.) ist wie die Berufsfürsorge Sachleistung. Beide sollen die gesundheitlichen Unfallfolgen beseitigen, Verschlimmerung verhüten, den Versicherten zur Berufsaufnahme befähigen sowie ihm zur Erlangung einer Arbeitsstelle verhelfen (§ 558a RVO.). Die Krankenbehandlung beginnt alsbald nach dem Unfall (oder der Erkrankung an einer Berufskrankheit, die im folgenden nicht besonders erwähnt wird, soweit für sie gleiches wie für den Unfall gilt, vgl. §§ 547, 1057a RVO., § 3 BerKrankhV.) und dauert so lange, wie eine Besserung der Verletzungsfolgen oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist

oder besondere Heilmaßnahmen erforderlich sind, um Verschlimmerung zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben (§ 1 V. über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge vom 14. November 1928, RGBl. I S. 387, erlassen auf Grund der §§ 558g, 1770a RVO.); auch kann der Versicherungsträger jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen, wenn zu erwarten ist, daß es die Erwerbsfähigkeit des Unfallrentners erhöht (§ 603). Die Krankenbehandlung umfaßt ärztliche Behandlung (a), Versorgung mit Arznei usw. (b) und Pflege (c); auch kann der Versicherungsträger Heilanstaltspflege (d) gewähren.

a) Ärztliche Behandlung (§ 558b Nr. 1) muß den Anforderungen der §§ 122, 123 RVO. an die behandelnde Person entsprechen. Ersatz durch eine Geldleistung ist nicht vorgesehen, Krankenschein und Gebühr dafür kommen nicht in Betracht, wenn die Leistung von dem Träger der Unfallversicherung erbracht wird. Das Maß der ärztlichen Behandlung sowie der Arzneien usw. beschränkt sich auch hier, ohne ausdrückliche Vorschrift, auf das im Rahmen der medizinischen Zweckmäßigkeit Notwendige.

b) Im Zusammenhange mit der ärztlichen Behandlung ist der Verletzte mit Arznei und anderen Heilmitteln (nicht nur „kleineren") zu versorgen und mit Körperersatzstücken (Prothesen), orthopädischen und anderen Hilfsmitteln auszustatten, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern (§ 558b Nr. 2). Maßgebend ist auch hier vorwiegend die ärztliche Einsicht; der Umfang des Anspruches im Einzelfall ist Tatfrage (vgl. auch §§ 2 bis 17 V. vom 14. November 1928).

c) Auf Pflege hat der Verletzte Anspruch, so lange er infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Hilfe und Wartung bestehen kann (§ 558c). Mit Zustimmung des Verletzten kann der Versicherungsträger als Mehrleistung Pflege auch in anderen Fällen gewähren, namentlich bei Unausführbarkeit oder Unangebrachtheit der Heilanstaltpflege (Abs. 4). Die Pflege besteht entweder als Hauspflege in Gestellung der erforderlichen Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder auf andere geeignete Weise (Abs. 2 Nr. 1) oder in Zahlung eines Pflegegeldes von 20 bis 75 Reichsmark monatlich (Nr. 2). Zwischen beiden Pflegeformen hat zunächst der Versicherungsträger die Wahl. Doch muß Hauspflege auf Antrag des Verletzten gewährt werden, wenn Übernahme der Hilfe und Wartung wegen Krankheit, Kinderzahl oder aus einem anderen wichtigen Grunde den Angehörigen des Verletzten billigerweise nicht zugemutet werden kann (Abs. 3). Als Ersatzleistung für die Pflege kann der Versicherungsträger Anstaltpflege, d. i. freien Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt gewähren. Hierzu bedarf es aber der Zustimmung des Verletzten (nur bei Minderjährigen unter sechzehn Jahren des gesetzlichen Vertreters), wenn der Verletzte einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist. Das Erfordernis der Zustimmung entfällt, wenn die Anstaltpflege aus therapeutischen oder sozialhygienischen Gründen geboten ist (dann soll möglichst Anstaltpflege gewährt werden) oder der Verletzte wiederholt der Krankenordnung (§ 558e) oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat. Die Zustimmung eines Verletzten, der Anspruch auf Hauspflege hat, kann auf Antrag des Genossenschaftsvorstandes vom Vorsitzenden des Oberversicherungsamtes ersetzt werden (§ 558d). Ist der Verletzte einmal von einer Krankenkasse oder einem Unfallversicherungsträger in einer Anstalt mit genügenden Heileinrichtungen untergebracht, so darf er während desselben Heilverfahrens nur mit seiner Zustimmung in eine andere Anstalt gebracht werden (§ 605). Rente oder Krankengeld fallen während der Anstaltpflege weg; doch hat der Verletzte Anspruch auf ein Tagegeld und für seine Angehörigen auf Familiengeld und kann auch eine besondere Unterstützung nach der Satzung oder bei Bedürftigkeit im Einzelfall erhalten (§ 559e).

d) Als Ersatzleistung für die Krankenbehandlung kann Heilanstaltpflege,

nämlich freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden. Dabei gelten dieselben Maßgaben wie bei der Anstaltpflege (§§ 558d, 559e).

2. Die Berufsfürsorge (§ 558 Nr. 2, § 558a RVO.) erstrebt Wiedereinführung des Verletzten in das Wirtschaftsleben als aktives Glied der Gesellschaft und berührt sich insofern (vgl. § 558g Abs. 2) mit den Zwecken des G. über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 12. Januar 1923 (RGBl. I S. 58); solche psychologische Hilfe für den vom Versicherungsfall Betroffenen erscheint in manchem Betracht wichtiger als bloß materieller Ausgleich. Die Berufsfürsorge umfaßt berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit, insoweit der Verletzte durch den Unfall in der Ausübung seines Berufs oder eines Berufs, der ihm billigerweise zugemutet werden kann, wesentlich beeinträchtigt ist, nötigenfalls Ausbildung für einen neuen Beruf, ferner Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle (§ 558f Abs. 1). Auf solche Fürsorge hat der Verletzte einen Rechtsanspruch, bei dessen Erfüllung allerdings dem Ermessen ein breiter Spielraum gelassen werden muß. Der Verletzte ist nicht verpflichtet, sich der Berufsfürsorge zu unterziehen; seine Weigerung ist kein Grund zur Verweigerung oder Herabsetzung der Rente (Abs. 2). Zur Ausgestaltung der Berufsfürsorge und über ihr Ineinandergreifen mit anderen Einrichtungen kann der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats Näheres vorschreiben (§ 558g); er hat darüber die V. vom 14. November 1928 erlassen, in deren § 18 die Höchstdauer der Berufsfürsorge im allgemeinen auf ein Jahr festgesetzt ist.

Zu 1 und 2. Für die als Unternehmer Versicherten kann die Satzung der Berufsgenossenschaft bestimmen, wann der Anspruch auf Krankenbehandlung und Berufsfürsorge beginnt; bei schweren Unfällen ist jedoch Krankenbehandlung auch hier vom Tage des Unfalls an zu gewähren (§ 5991).

3. Geldleistungen (§ 558 Nr. 3 RVO.) werden für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit (s. § 20, 3b, S. 143) gewährt und bestehen in Rente (a) oder Krankengeld (b). Tagegeld und Familiengeld (§ 558 Nr. 3, § 559e Abs. 2) sowie Pflegegeld (§ 558c Abs. 2 Nr. 2) sind unter besonderen Voraussetzungen geschuldete Bestandteile der Krankenbehandlung (oben 1c, d) und nicht Gegenstand besonderer Ansprüche.

a) Der Anspruch auf Rente (Verletztenrente) beginnt grundsätzlich mit dem Tage nach dem Unfall, bei Berufskrankheiten mit dem Beginne der Krankheit im Sinne der Krankenversicherung oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, mit dem Beginne der Erwerbsunfähigkeit (§ 3 Abs. 2 BerKrankhV.); die frühere Wartezeit von 13 Wochen (§ 558 RVO. ursprünglicher Fassung) ist für alle Leistungen der Unfallversicherung seit dem G. vom 14. Juli 1925 (RGBl. I S. 97) weggefallen. Doch wird eine Rente überhaupt nicht gewährt, wenn die „nach der Unfallversicherung zu entschädigende" Erwerbsunfähigkeit nicht über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus andauert (§ 559 Abs. 1). Dauert die Erwerbsunfähigkeit länger oder tritt sie später hervor, so kann der Rentenanspruch bei Krankenversicherten mit dem Wegfall des Krankengeldes aus der Krankenversicherung, spätestens aber mit der 27. Woche nach dem Unfall, bei anderen Verletzten (vorbehaltlich des § 5991) mit dem Tage nach dem Unfall beginnen (§ 559c). Da in den ersten 13 Wochen Ungewißheit über eine Voraussetzung des Anspruches besteht, kann der Berechtigte ihn noch nicht durchsetzen; der Versicherungsträger kann aber Vorschüsse gewähren. Die Rente läuft bis zum Wirksamwerden (§ 610, Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats) einer neuen Feststellung, die getroffen werden kann, wenn in den für die frühere Feststellung maßgebenden Verhältnissen, insbesondere dem Grade der Erwerbsunfähigkeit, eine wesentliche Änderung eingetreten ist (§ 608), und zwar auf Veranlassung jedes der beiden Teile in den ersten zwei Jahren nach dem Unfall jederzeit, später oder nach rechtskräftiger Feststellung einer Dauerrente mangels Vereinbarung nur in Zeiträumen

von zwei zu zwei Jahren (§ 609). Auf Lebenszeit dürfen Renten nicht bewilligt werden. Berechnet wird die Rente nach dem Jahresarbeitsverdienst. Das ist das Entgelt, das der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall im Betriebe bezogen hat (§ 563). Die Berechnung wird durch zahlreiche Vorschriften abgewandelt, deren eingehende Darstellung hier zu breiten Raum einnehmen würde. Hervorzuheben sind nur die wichtigsten Bestimmungen.

Die Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes bereitet am wenigsten Schwierigkeiten, wenn der Verletzte bereits ein volles Jahr in dem Betriebe beschäftigt war, in dem der Unfall ihn ereilt hat. Dann gilt als Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache des durchschnittlichen Verdienstes für den vollen Arbeitstag; gegebenenfalls wird mit der abweichenden betriebsüblichen Zahl von Arbeitstagen vervielfältigt (§ 564). War der Verletzte noch kein volles Jahr im Betriebe beschäftigt, so wird der durchschnittliche Verdienst für den vollen Arbeitstag mit der Zahl der Tage der wirklichen Beschäftigung vervielfältigt und für die übrigen betriebsüblichen Arbeitstage des Jahres der durchschnittliche Verdienst zugezählt, den während dieser Zeit Versicherte der gleichen Art und Erwerbsfähigkeit im Betrieb oder in einem gleichartigen benachbarten Betriebe für den vollen Arbeitstag bezogen haben (§ 565). Läßt sich die Berechnung hiernach nicht ausführen, so gelten die besonderen Vorschriften der §§ 566, 567. Besonderes gilt auch bei nur stundenweiser Beschäftigung des Verletzten (§ 568), bei wochenweiser Bestimmung der Einzelverdienste (§ 569), für Verletzte, die zur Zeit des Unfalles noch nicht 21 Jahre alt waren (§ 569a), für nichtberuflich im Feuerwehrdienst oder in Betrieben zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen Beschäftigte und Lebensretter (§ 569b). Wenn sich nach den erwähnten Vorschriften ein allzu geringer Verdienst ergeben würde, wird der Jahresarbeitsverdienst unter Zuhilfenahme des Ortslohnes ermittelt (§§ 567, 570, 1080, 1082). Diesen setzt das Oberversicherungsamt für gewisse Zeiträume, getrennt für Männer und Frauen unter 16 Jahren, von 16 bis 21 Jahren und über 21 Jahre, nach dem ortsüblichen Tagesentgelt gewöhnlicher Tagarbeiter fest und macht ihn öffentlich bekannt (§§ 149 bis 152). Für landwirtschaftliche Arbeiter und gewisse Seeleute werden als Jahresarbeitsverdienste Durchschnittssätze festgesetzt (§§ 932 bis 940, 1066g bis 1072). Das geschieht in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung durch einen bei jeder Berufsgenossenschaft zu bildenden Ausschuß, getrennt nach dem Geschlecht, dem Alter und der Art der Beschäftigung, im ganzen Reiche gleichzeitig für je vier Jahre. In der See-Unfallversicherung gilt für Personen, die zur Besatzung von Seefahrzeugen gehören, mit Ausnahme der in Schlepper- und Leichterbetrieben Beschäftigten als Jahresarbeitsverdienst das Zwölffache des Durchschnittssatzes, der zur Zeit des Unfalls bei Anmustern oder Anwerben an barem Entgelt (Heuer) für den Monat gewährt wird; dazu wird ein Durchschnittssatz als Geldwert der auf Seefahrzeugen gewährten Beköstigung gerechnet (§ 1067). Die Festsetzung geschieht unter jährlicher Nachprüfung einheitlich für die ganze deutsche Küste durch einen Ausschuß, der aus einem vom Reichsarbeitsminister ernannten Vorsitzenden und aus Vertretern von Reedervereinigungen und Vereinigungen seemännischer Arbeitnehmer besteht (§§ 1068f., 1071).

Der Rentenberechnung wird vom Jahresarbeitsverdienst nur der Betrag bis zu 8400 Reichsmark zugrunde gelegt, dafern nicht in der Satzung der Berufsgenossenschaft ein höherer Betrag zugelassen ist (§ 571c, keine Versicherungspflichtgrenze!). Die Höhe der Rente richtet sich nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit des Verletzten. Bei völliger Erwerbsunfähigkeit werden als Vollrente zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes gewährt, bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit als Teilrente ein verhältnismäßiger Teil der Vollrente (§ 559a). Die Teilrente kann als Mehrleistung zeitweise bis zur Vollrente erhöht werden, solange der Verletzte infolge des Unfalls unverschuldet arbeitslos ist (§ 562). Bei Schwerverletzten, die eine oder mehrere Renten aus der Unfallversicherung von zusammen mindestens 50% der Vollrente beziehen,

wird Kinderzulage gewährt, die für jedes Kind 10% jeder Rente beträgt. Der Gesamtbetrag der Rente darf den Jahresarbeitsverdienst nicht übersteigen (Berechnung hierbei § 559b Abs. 1 Satz 4, § 571a). Als Kinder gelten dieselben Personen wie bei der Familienkrankenpflege (oben I 4a); sie werden für die Zulage bis zum vollendeten 15. Lebensjahre oder solange berücksichtigt, als sie darüber hinaus Schul- oder Berufsausbildung höchstens bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erhalten oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu erhalten, und der Versicherte sie überwiegend unterhält (§ 559b).

b) Krankengeld aus der Unfallversicherung kann dem Verletzten an Stelle der Rente unter grundsätzlich gleichen Voraussetzungen wie diese — als Ersatzleistung — bis zum Ablauf der 26. Woche nach dem Unfall gewährt werden (§ 559d Satz 1). Dadurch wird in leichteren Fällen die Feststellung einer Rente vermieden oder hinausgeschoben, damit die ungünstigen psychischen Wirkungen der Rentenfeststellung auf die Heilung nicht eintreten. Auch solche Verletzte, deren Erwerbsunfähigkeit die dreizehnte Woche nach dem Unfall nicht überdauert und die deshalb einen Rentenanspruch nicht haben, erhalten für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld aus der Unfallversicherung, wenn und solange sie aus der Krankenversicherung Krankengeld nicht beanspruchen können (Regelleistung, § 559 Abs. 2); bei versicherten Unternehmern usw. ist auch hier die Satzung der Berufsgenossenschaft maßgebend (§ 559 1 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2, 3). Voraussetzung des Krankengeldanspruchs ist Arbeitslosigkeit. Das Krankengeld bemißt sich nach den Vorschriften der Krankenversicherung, bei Krankenversicherten ferner nach den Bestimmungen ihrer Krankenkasse, bei anderen Personen nach dem Ortslohn als Grundlohn (§ 559 Abs. 2 Satz 2, § 559d Satz 2 bis 4).

Zu a und b. Rente und Krankengeld werden für die Dauer der Heilanstaltpflege oder Anstaltpflege nicht gewährt (oben 1c und d), so daß diese Formen der Krankenbehandlung, die durch Tagegeld, Familiengeld und besondere Unterstützungen vervollständigt werden, zugleich Ersatzleistungen für die Geldleistungen sind (§ 559e RVO.).

4. Führt der Unfall oder die Berufskrankheit, einerlei ob alsbald oder später, zum Tode des Verletzten, so hat der Unfallversicherungsträger Sterbegeld zu gewähren. Es beträgt den fünfzehnten Teil des Jahresarbeitsverdienstes, mindestens aber den vom Reichsarbeitsminister festgesetzten Betrag von 50 Reichsmark (§ 586 Abs. 1 Nr. 1 RVO., V. vom 17. Mai 1924, RGBl. I S. 559; Besonderheiten der See-Unfallversicherung §§ 1096f. RVO.). Für die Empfangsberechtigung gelten die gleichen Vorschriften wie in der Krankenversicherung (oben I 3).

5. Stirbt der Versicherte infolge des Versicherungsfalles, so können vom Todestag ab (gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Verletztenrente nach § 613 Abs. 1 Satz 2 RVO.) Ansprüche auf Hinterbliebenenrenten entstehen (§ 586 Abs. 1 Nr. 2). Der Bemessung wird auch hier der Jahresarbeitsverdienst des Verletzten zugrunde gelegt, jedoch ohne Abzug wegen einer schon vor dem Unfall bestehenden teilweisen Erwerbsunfähigkeit (Abs. 2) und unter Zurechnung von Renten aus früheren Unfällen (§ 587). Die Witwe erhält bis zu ihrem Tod oder ihrer Wiederverheiratung eine Hinterbliebenenrente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes. Solange sie durch Krankheit oder andere Gebrechen die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit verloren hat und dafern diese Beschränkung länger als drei Monate hindurch bestanden hat, erhält sie zwei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes. Bei Wiederverheiratung erhält sie überdies eine Abfindung von drei Fünfteln des Jahresarbeitsverdienstes (§ 588). Der Anspruch des Witwers auf Hinterbliebenenrente ist an dieVoraussetzung der Bedürftigkeit und daran geknüpft, daß ihn die getötete Ehefrau wegen seiner Erwerbsunfähigkeit ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten hat. Bis zum Tod oder der Wiederverheiratung des Witwers beträgt seine Rente zwei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes (§ 589). Witwe und Witwer haben

keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wenn die Ehe erst nach dem Unfall geschlossen worden und der Tod innerhalb des ersten Jahres der Ehe eingetreten ist; unter besonderen Umständen kann der Versicherungsträger trotzdem eine Rente als Mehrleistung gewähren (§ 590). Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente im Betrag eines Fünftels des Jahresarbeitsverdienstes hat auch jedes Kind bis zum vollendeten fünfzehnten Lebensjahr, bei Ausbildung und Gebrechlichkeit darüber hinaus, jedenfalls aber nur bis zur Verheiratung; als Kinder gelten auch hier dieselben Personen wie bei der Familienkrankenpflege (oben I 4a), nur daß es bei Stiefkindern und Enkeln bei der Gewährung des Unterhalts durch den Versicherten auf die Zeit vor dem Tode statt vor dem Versicherungsfall ankommt (§ 591). Mutterwaisen, die eheliche Kinder des hinterbliebenen Ehemannes sind oder deren rechtliche Stellung haben, erhalten die Rente nicht, wenn die Mutter sich vor dem Unfall ihrer Unterhalts- und Sorgepflicht entzogen hat (§ 592). Verwandte der aufsteigenden Linie, die der Versicherte hinterläßt und die er wesentlich aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, erhalten für die Dauer ihrer Bedürftigkeit eine Rente von zusammen (Eltern vor Großeltern) einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes (§ 593). Eine einmalige Witwenbeihilfe von zwei Fünfteln des Jahresarbeitsverdienstes erhält die Witwe eines Schwerverletzten (oben 3a), die keinen Rentenanspruch hat, weil der Tod des Verletzten nicht Unfallfolge war. Trafen mehrere Verletztenrenten zusammen, so wird die Witwenbeihilfe nach dem höchsten Jahresarbeitsverdienst berechnet und von dem Versicherungsträger geleistet, der die entsprechende Rente gewährt hat (§ 595a). Hinterbliebene eines Ausländers, die sich zur Zeit des Unfalls nicht gewöhnlich im Inland oder gleichgestellten Gebieten aufhielten, haben keinen Anspruch auf Rente und Witwenbeihilfe (§ 596).

III. Die Leistungen der Invaliden- und der Angestelltenversicherung ähneln einander so sehr, daß sie einheitlich dargestellt werden können. Zu unterscheiden sind (vgl. § 1250 RVO., § 23 AVG.) Renten für den Versicherten selbst (1), Hinterbliebenenrenten (2) und Heilverfahren (3). Außerdem werden in der Angestelltenversicherung gewisse Beiträge erstattet (4). Gemeinsam ist vorgeschrieben, daß der Versicherungsträger als eine Art Mehrleistung, auch nach rechtskräftiger Abweisung eines Anspruchs, eine neue Feststellung treffen kann, wenn er sich überzeugt, daß eine Leistung sachlich zu Unrecht abgelehnt, entzogen, wegen Ruhens oder aus sonstigem Grund eingestellt oder zu niedrig festgestellt worden ist (§ 1319 RVO., § 308 AVG.), und daß er Rentenbeträge nicht zurückzufordern braucht, die er vor rechtskräftiger Entscheidung nach dem Gesetze zahlen mußte oder die er zu Unrecht gezahlt hat (nur in der Invalidenversicherung) (§ 1320 RVO., § 309 AVG.). Wegen der rechtzeitigen Geltendmachung, der Versagung und Verweigerung sowie des Ruhens von Rentenansprüchen vgl. §§ 1253 bis 1254a, 1262, 1267, 1272, 1306, 1311 bis 1318 RVO., §§ 26 bis 28, 35a, 39, 45, 71a bis 78 AVG. (s. § 21).

1. Der Rentenanspruch des Versicherten setzt Erwerb (durch Erfüllung der Wartezeit) und Aufrechterhaltung der Anwartschaft voraus (§§ 1251, 1278 bis 1283 RVO., §§ 24, 53 bis 55 AVG., vgl. § 19 II 3 und III 1, S. 137, 139). Ausgelöst wird er durch den Versicherungsfall des gesetzlichen Alters (Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres) oder — bei der Invalidenrente — der Invalidität (§ 1255 RVO., s. § 20, 3c, S. 144) oder — beim Ruhegeld der Angestelltenversicherung — der Berufsunfähigkeit (§ 30 AVG., s. § 20, 3d, S. 144). Die Rente beginnt bei rechtzeitiger Geltendmachung des Anspruchs mit dem ersten Tage des Monats, in dem der Versicherungsfall vorliegt oder, wenn der Beginn der Invalidität oder Berufsunfähigkeit nicht festzustellen ist, der Antrag beim Versicherungsträger oder dem Versicherungsamt eingegangen ist (§ 1256 RVO., § 31 AVG.). Sie wird in Teilbeträgen monatlich im voraus, meist durch die Post, gezahlt. Sie läuft, solange der Versicherungsfall anhält, meist bis zum Tode des Versicherten (einschließlich des Sterbemonats, § 1301 RVO., § 64 AVG.), wird aber bei Wegfall der Invalidität

oder Berufsunfähigkeit entzogen (§ 1304 RVO., § 67 AVG.), wobei es keinen Unterschied macht, ob sie wegen dauernder oder vorübergehender Erwerbsfähigkeitsminderung bewilligt war, und wobei der Entziehungsbescheid in der Invalidenversicherung mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats, in der Angestelltenversicherung mit Ablauf des Zustellungsmonats wirksam wird (§ 1308 RVO., § 69 AVG.). Die Rente setzt sich zusammen aus dem nur in der Invalidenversicherung gewährten Reichszuschuß (a) sowie durchweg aus dem Grundbetrag (b), den Steigerungsbeträgen (c), dem etwaigen Kinderzuschuß (d) und der Aufrundung (e); für die Angestelltenversicherung ist außerdem noch die Möglichkeit von Teuerungszulagen (§ 390 AVG.) vorgesehen, die aber nach Wiederherstellung einer festen Währung unpraktisch geworden ist. Über die einzelnen Rentenbestandteile ist bestimmt

in der Invalidenversicherung (Invalidenrente):	in der Angestelltenversicherung (Ruhegeld):
a) Reichszuschuß: Er wird vom Reiche getragen und beträgt für jede Invalidenrente jährlich 72 Reichsmark (§ 1285 RVO.). Werden nicht die vollen Rentenbeträge ausgezahlt, so werden die Anteile des Reichs und des Versicherungsträgers entsprechend gekürzt (§ 1284). Bei ins Ausland zu zahlenden Renten bleibt der Reichszuschuß außer Ansatz (§ 1316). Wegen der Zahlungen des Reiches vgl. §§ 1403 bis 1407.	
Die übrigen Rentenbestandteile trägt als ihren Anteil die Versicherungsanstalt (§§ 1284, 1286).	Das gesamte Ruhegeld ist von der Reichsversicherungsanstalt zu leisten.
b) Grundbetrag: für alle Lohnklassen 168 Reichsmark jährlich (§§ 1287, 1288).	für alle Gehaltsklassen 480 Reichsmark jährlich (§ 56 AVG.).
c) Steigerungsbeträge: Sie richten sich nach dem Maße der Beitragsleistung des Versicherten und treten zur Jahresrente hinzu. Es werden gewährt:	Sie richten sich nach dem Maße der Beitragsleistung des Versicherten und treten zum Jahresbetrage des Ruhegeldes hinzu. Es werden gewährt:
für jeden seit dem 1. Januar 1924 gültig entrichteten Beitrag 20% seines Wertes zur Zeit der Entrichtung (vgl. § 1388, Sätze mehrfach geändert),	für jeden seit dem 1. Januar 1924 gültig entrichteten Beitrag 15% seines Wertes zur Zeit der Entrichtung (vgl. §§ 172, 172a und Änderungen),
für Beitragsmarken der bis zum 30. September 1921 gültigen Lohnklassen feste Sätze, nämlich für jede Marke der	für Beiträge der Gehaltsklassen F bis J aus der Zeit vom 1. Januar 1913 bis 31. Juli 1921 feste Sätze, nämlich je Beitrag in der
Lohnklasse I 4 Reichspfg. „ II 8 „ „ III 14 „ „ IV 20 „ „ V 30 „	Gehaltsklasse F 1 Reichsmark „ G 2 „ „ H 3 „ „ J 4 „
für Beiträge aus der Zwischenzeit (Inflationszeit) nichts,	für sonstige ältere Beiträge nichts,
gegebenenfalls für die nach § 1279a Satz 2 zu berücksichtigenden, durch Beiträge nicht gedeckten Beitragswochen	gegebenenfalls für die nach § 170 Abs. 5 Satz 2 zu berücksichtigenden, durch Beiträge nicht gedeckten Beitragsmo-

die vom Reichsarbeitsminister zu bestimmenden Sätze (§§ 1286, 1287, 1289).

Für jede Beitragswoche zählt nur ein Beitrag, im Zweifel der höchste (§ 1290).

nate die vom Reichsarbeitsminister zu bestimmenden Sätze (§ 56).

Bei Wanderversicherten tritt zu den Renten des Versicherungszweiges, dessen Träger die Leistung feststellt, der Steigerungsbetrag des anderen Versicherungszweiges hinzu. Die Aufwendungen hierfür erstatten die Versicherungsträger einander (§ 1290a RVO., § 57 AVG.).

d) Kinderzuschuß: Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder, so erhöht sich die Rente für jedes von ihnen um einen Kinderzuschuß von jährlich 120 Reichsmark.

Hat der Empfänger des Ruhegeldes Kinder, so erhöht sich das Ruhegeld für jedes von ihnen um einen Kinderzuschuß von jährlich 90 Reichsmark.

Als Kinder gelten dieselben Personen wie bei der Familienkrankenpflege (oben I 4 a). Der Kinderzuschuß läuft bis zum vollendeten fünfzehnten Lebensjahr des Kindes. Erhält das Kind darüber hinaus Schul- oder Berufsausbildung, so wird der Kinderzuschuß bis zum vollendeten einundzwanzigsten Lebensjahre gewährt, solange die Ausbildung dauert und der Versicherte das Kind überwiegend unterhält. Für Kinder, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, wird der Kinderzuschuß gewährt, solange der Zustand dauert und der Versicherte das Kind überwiegend unterhält. Für dasselbe Kind wird der Kinderzuschuß nur einem Rentenempfänger gewährt, und zwar dem, der das Kind (ganz oder überwiegend) unterhält. Für Stiefkinder und Enkel wird der Zuschuß nur gewährt, solange der Rentenempfänger sie überwiegend unterhält. Änderungen der Rente durch Hinzutritt oder Ausscheiden eines Kindes wirken vom ersten Tage des darauffolgenden Monats ab.

(§ 1291 RVO.).

Kinderzuschuß wird nicht gewährt, soweit die Gesamtrente den höchsten Jahresarbeitsverdienst der höchsten Gehaltsklasse übersteigt, der der Versicherte nicht nur vorübergehend angehört hat. Kinderzuschläge zum Arbeitsentgelt werden hierbei vom Jahresarbeitsverdienst nicht abgezogen (§ 58 AVG.).

e) Aufrundung: Bei der Errechnung des monatlich auszuzahlenden Teilbetrages wird die Rente auf volle 5 Reichspfennige aufgerundet (§ 1297).

Bei der Errechnung des monatlich auszuzahlenden Teilbetrages wird das Ruhegeld auf volle 5 Reichspfennige aufgerundet (§ 60).

2. Hinterbliebenenrente wird gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit erfüllt hat und die Anwartschaft aufrechterhalten ist (§ 1252 RVO., § 25 AVG.). Akute Anspruchsvoraussetzung ist der Tod des Versicherten und das Vorhandensein Hinterbliebener. Berechtigt sind Witwen (a), Waisen (b) und Witwer (c).

a) Witwenrente erhält in der

Invalidenversicherung

die Witwe des Versicherten, die das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder dauernd oder vorübergehend invalide ist (§ 1258 RVO., vgl. oben § 20, 3 c, S. 144), mit der Möglichkeit der Rentenentziehung (§ 1304).

Angestelltenversicherung

die Witwe des Versicherten, ohne Rücksicht auf den Grad ihrer Erwerbsfähigkeit (§ 32 AVG.).

b) Waisenrente erhalten nach dem Tode des Versicherten seine Kinder (das sind dieselben Personen wie bei der Familienkrankenpflege und beim Kinderzuschuß, oben I 4 a, III 1 d) bis zum vollendeten fünfzehnten Lebensjahre. Erhält das Kind darüber hinaus Schul- oder Berufsausbildung, so wird die Rente für deren Dauer gewährt, jedoch nicht über das vollendete einundzwanzigste Lebensjahr hinaus. Ist das Kind bei Vollendung des fünfzehnten Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande, sich selbst zu erhalten, so wird die Rente gewährt, solange der Zustand dauert. Treffen die Voraussetzungen für mehrere Waisenrenten für ein Kind zusammen, so wird nur die höhere Rente gewährt (§ 1259 RVO., § 33 AVG.). Keine Waisenrente erhalten Kinder einer versicherten Ehefrau, die eheliche Kinder des überlebenden Ehemannes sind oder deren rechtliche Stellung haben und zu deren Unterhalt die Versicherte aus ihrem Arbeitsverdienst nicht beigetragen hat (§ 1260 RVO., § 34 AVG.).

c) Witwerrente erhält nach dem Tode der versicherten Ehefrau, die den Lebensunterhalt ihrer Familie aus ihrem Arbeitsverdienst ganz oder überwiegend bestritten hat, der erwerbsunfähige (vgl. oben § 20, 3 c) Ehemann, solange er bedürftig ist (§ 1261 RVO., § 35 AVG.).

Wegen der Höchstgrenze der gehäuften Hinterbliebenenrenten aus einem Versicherungsverhältnis vgl. § 1262 RVO., § 35a AVG. Die Renten der Hinterbliebenen beginnen bei rechtzeitiger Geltendmachung des Anspruchs mit dem ersten Tage des Monats, in dem der Versicherte vor Eintritt in den eigenen Rentenbezug stirbt; bezog der Versicherte schon eine Rente, so beginnen die Hinterbliebenenrenten mit dem ersten Tage des auf den Todestag folgenden Monats. Für nachgeborene Waisen beginnt die Rente mit dem ersten Tage des Geburtsmonats. Die Witwenrente der Invalidenversicherung beginnt gegebenenfalls erst mit dem Monat des Eintritts der Invalidität (§ 1263 RVO., § 36 AVG.). Hinterbliebenenrenten werden auch gewährt, wenn der Versicherte verschollen ist; den Todestag Verschollener stellt der Versicherungsträger fest (§§ 1265f. RVO., §§ 37f. AVG.). Wird nachgewiesen, daß ein für verschollen Gehaltener noch lebt, so wird die weitere Rentenzahlung eingestellt (§ 1310 RVO., § 71 AVG.). Die Dauer der Hinterbliebenenrenten ergibt sich aus ihren oben angeführten Voraussetzungen. Witwen- und Witwerrenten fallen insbesondere mit dem Ablauf des Monats weg, in dem der Berechtigte wieder heiratet; dabei wird die Witwe in der Invalidenversicherung mit dem einfachen, in der Angestelltenversicherung mit dem dreifachen Betrag ihrer Jahresrente abgefunden. In der Angestelltenversicherung verfällt der Abfindungsanspruch, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach der Wiederverheiratung geltend gemacht wird (§ 1298 RVO., § 63 AVG.). Die Rente einer weiblichen Waise fällt auch dann weg, wenn die Waise heiratet (§ 1299 RVO., § 63 Abs. 2 AVG.). Für den Sterbemonat und den Monat, der den Wegfall oder das Ruhen der Rente bringt, wird die Rente voll gezahlt (§ 1301 RVO., § 64 AVG.). Die Zusammensetzung der Hinterbliebenenrenten entspricht derjenigen der Renten des Versicherten (oben 1a bis e). Der Reichszuschuß der Invalidenversicherung beträgt für jede Witwen- und Witwerrente jährlich 72 Reichsmark und für jede Waisenrente jährlich 36 Reichsmark (§ 1285 RVO.). Für Hinterbliebene eines Ausländers, die sich zur Zeit seines Todes nicht gewöhnlich im Inland oder in einem deutschen Schutzgebiet oder in einem von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrates gleichgestellten ausländischen Grenzgebiet oder dem Gebiet eines Gegenseitigkeit gewährleistenden ausländischen Staates aufhielten, wird kein Reichszuschuß gewährt (§ 1268 RVO.). Kinderzuschuß kommt bei Hinterbliebenenrenten nicht in Betracht. Vom Grundbetrag und vom Steigerungsbetrag der für den Versicherten selbst zu errechnenden Rente beträgt die Witwen- und Witwerrente sechs Zehntel, jede Waisenrente fünf Zehntel (§ 1292 RVO., § 59 AVG.); dazu tritt die Aufrundung.

Zu 1 und 2. Ersatzleistungen für die Rente sind Unterbringung in einem

Invaliden- oder Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt auf Antrag und unter Verzicht auf die Rente für eine Mindestdauer (§ 1277 RVO., § 50 AVG.), Gewährung von Sachleistungen für Trunksüchtige (§§ 120f. RVO., §§ 51f. AVG.) und für bisherige landwirtschaftliche Deputatarbeiter sowie deren Hinterbliebene (§§ 1275f. RVO.) unter Zwischenschaltung der Wohngemeinde und Kapitalabfindung für Ausländer (§ 1317 RVO., § 76 AVG.).

Da die Renten aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung zum Teil sehr niedrig sind, genießen ihre Empfänger als sogenannte Sozialrentner in der öffentlichen Fürsorge eine Vorzugsbehandlung und erhalten so noch eine Rentenergänzung (§ 6 Abs. 2 FürsPflV., § 16 Reichsgrundsätze vom 1. August 1931, RGBl. I S. 441.

3. Heilverfahren können die Träger der Rentenversicherungen als freiwillige Mehrleistungen einleiten, um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität oder Berufsunfähigkeit eines Versicherten oder die Invalidität einer Witwe abzuwenden (vorbeugendes Heilverfahren, § 1269 RVO., § 41 Abs. 1 AVG.) oder um den Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente oder eines Ruhegeldes (nicht auch einer Witwerrente aus der Angestelltenversicherung) wieder erwerbsfähig zu machen (korrigierendes Heilverfahren, § 1305 RVO., § 41 Abs. 2 AVG.). Obwohl auf das Heilverfahren kein Anspruch besteht, können Anträge darauf an die Reichsversicherungsanstalt (§ 41 Abs. 3 AVG.) und praktisch auch an die Landesversicherungsanstalten gerichtet werden. Ausgeschlossen vom Heilverfahren sind Wehrmachtangehörige; der von den Versicherungsträgern ersparte Betrag ist zur Hälfte zur Gesundheitsfürsorge in der Wehrmacht zu verwenden, zur Hälfte den Reichseinnahmen zuzuführen (§ 1274a RVO., § 42 AVG.). Das Heilverfahren kann in einer Anstalt gewährt werden, gegebenenfalls unter Zahlung von Hausgeld (§§ 1270, 1271, 1305, 1518 RVO., §§ 43, 44, 46 AVG.). Entzieht der Versicherte sich dem Heilverfahren, so kann ihm die Rente verweigert werden (§§ 1272, 1306 RVO., § 45 AVG., oben § 21, 6b, S. 152).

4. Bei weiblichen Versicherten ist in der Angestelltenversicherung eine Erstattung der Hälfte der seit dem 1. Januar 1924 bis zum Ausscheiden aus der Versicherung entrichteten Beiträge vorgesehen, wenn

a) die Versicherte nach vollem Erwerb der Anwartschaft vor Eintritt in den Genuß eines Ruhegeldes stirbt und auch kein Anspruch auf Hinterbliebenenrente besteht. Anspruchsberechtigt sind die Hinterbliebenen in besonderer Rangfolge. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode der Versicherten geltend gemacht wird (§ 61 AVG.);

b) die Versicherte nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld heiratet und binnen dreier Jahre nach der Verheiratung aus versicherungspflichtiger Beschäftigung ausscheidet (arbeitsmarktpolitischer Grund der Erstattung) oder wenn die Versicherte durch Eintritt in eine Schwesternschaft oder religiöse Gemeinschaft aus der Versicherungspflicht ausscheidet und sich nicht weiterversichert. Den Anspruch hat die Versicherte selbst. Er verfällt, wenn er nicht innerhalb dreier Jahre nach der Verheiratung oder dem Eintritt erhoben wird. Die Erstattung schließt weitere Ansprüche aus den erstatteten Beiträgen aus (§ 62 AVG.).

Bedeutungslos ist nunmehr der für die Anlaufzeit der Angestelltenversicherung vorgesehene Fall der Beitragserstattung wegen Nichterreichung der Anspruchsvoraussetzungen (§ 385 AVG.).

IV. Im Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung sind als Versicherungsleistungen die Arbeitslosenunterstützung (1), die Krankenversicherung Arbeitsloser (2), die Aufrechterhaltung von Anwartschaften in den Rentenversicherungen (3) und die Kurzarbeiterunterstützung (4) bezeichnet. Krankenversicherung und Anwartschaftsaufrechterhaltung sind nicht selbständige Leistungen, sondern treten zum Bezuge der Arbeitslosenunterstützung (Hauptunterstützung)

hinzu. Außerdem sind Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Verhütung und Beendigung der Arbeitslosigkeit (5) vorgesehen, von denen ein Teil auf die Person bestimmter Empfänger von Arbeitslosenunterstützung bezogen ist (Mehrleistungen) und die deshalb hier kurz mit darzustellen sind.

1. Arbeitslosenunterstützung wird in zwei Formen gewährt, als versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung (a) und als Krisenunterstützung (b). Nur die erste ist, versicherungstechnisch (und auch das nur mit Vorbehalt) gesehen, Leistung der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, während der Aufwand für die Krisenunterstützung zu vier Fünfteln vom Reiche, zu einem Fünftel von der örtlich zuständigen Gemeinde getragen wird (§ 167 ArblVG.). Rechtlich geht aber auch der Anspruch auf Krisenunterstützung gegen die Reichsanstalt, und beide Formen sind weitgehend aneinander angenähert. Die Bezeichnung als Unterstützung ist insofern irreführend, als konkrete Bedürftigkeit bei der versicherungsmäßigen Arbeitslosenunterstützung nur ausnahmsweise, bei verheirateten Frauen (§ 107d in der Fassung der V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931, RGBl. I S. 279), Anspruchsvoraussetzung ist; die Bezeichnung hat aber einen gewissen psychologischen Ermahnungswert. Nach Erschöpfung auch der Krisenunterstützung kann der Arbeitslose als „Wohlfahrtserwerbsloser" Unterstützung nach der FürsPflV. erhalten.

a) Der Anspruch auf versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung setzt voraus, daß der Versicherte arbeitsfähig, arbeitswillig, aber unfreiwillig arbeitslos ist (Versicherungsfall der objektiven Arbeitslosigkeit, s. § 20, 4, S. 145, auch § 21, 6a, S. 151), die Anwartschaftszeit erfüllt (s. § 19 II 2, S. 136) und den Anspruch noch nicht erschöpft (s. § 21, 2, S. 148) hat, bei Versicherten unter 21 Jahren außerdem, daß ihnen kein familienrechtlicher Unterhaltsanspruch zusteht (§ 87 ArblVG.). Zur Wahrung der Neutralität der öffentlichen Verwaltung in Arbeitskämpfen erhalten während des Kampfes Arbeitslose keine Unterstützung, deren Arbeitslosigkeit durch einen inländischen Ausstand oder eine inländische Aussperrung verursacht ist; bei mittelbarer Verursachung ist zur Vermeidung unbilliger Härte nach der Genehmigung des Reichsarbeitsministers bedürftigen Richtlinien des Verwaltungsrates der Reichsanstalt (vom 27. März 1928, RArbBl. I S. 97) Unterstützung zu gewähren (§ 94 ArblVG.). Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung setzt ferner eine nach dem Familienstand und nach den Umständen vor der Arbeitslosmeldung abgestufte Wartezeit voraus (§§ 110 bis 110b ArblVG., s. § 21, 1, S. 147). Der Anspruch besteht nur für Tage, für die der Arbeitslose sich zum Zwecke des Versuchs der Arbeitsvermittlung vorschriftsmäßig beim Arbeitsamte meldet oder genügend entschuldigt (§§ 114, 173 ArblVG.). Wegen der rechtzeitigen Geltendmachung des Anspruchs s. § 116 (oben § 21, 4, S. 149). Für unständig Beschäftigte sowie Hausgewerbetreibende und Heimarbeiter, die nur nach besonderer Anordnung versicherungspflichtig sind (§ 72c Abs. 2 ArblVG. in der Fassung der V. vom 5. Juni 1931), können besondere Vorschriften erlassen werden (§ 116a ArblVG.; vgl. V. über die Arbeitslosenversicherung von Hausgewerbetreibenden und Heimarbeitern vom 18. Oktober 1930, RArbBl. I S. 227, und V. über die Arbeitslosenversicherung unständig beschäftigter Hafenarbeiter vom 23. Oktober 1930, RArbBl. I S. 228).

Das Ausmaß der Arbeitslosenunterstützung richtet sich nach dem Familienstande, dem Arbeitsentgelt und der Dauer der versicherungspflichtigen Beschäftigung des Berechtigten (§§ 103, 104 ArblVG.). Im Hinblick auf den Familienstand besteht die Unterstützung aus Hauptunterstützung und Familienzuschlägen. Hauptunterstützung heißt der für den Lebensunterhalt des Arbeitslosen selbst bestimmte Betrag, auf den auch der Versicherte ohne Familie Anspruch hat. Darüber hinaus hat der Versicherte Anspruch auf Familienzuschläge für solche Angehörige, die einen familienrechtlichen Unterhaltsanspruch (§§ 1360, 1361, 1601ff., 1708ff., 1766 BGB., nicht auch §§ 1578ff., weil der geschiedene Ehegatte nicht mehr Angehöriger

ist) gegen ihn haben oder im Falle seiner Leistungsfähigkeit haben würden, sowie für Stief- und Pflegekinder. Das ArblVG. bezeichnet diese Angehörigen als zuschlagsberechtigt, womit aber nicht gemeint ist, daß sie die Träger des Anspruchs seien. Allerdings kann der Vorsitzende des Arbeitsamtes anordnen, daß für zuschlagsberechtigte Angehörige, die nicht in der häuslichen Gemeinschaft des Arbeitslosen leben oder denen gegenüber er seinen gesetzlichen Unterhaltspflichten nicht nachkommt, ein angemessener Teil der Unterstützung an den Angehörigen selbst oder diejenige Person, Anstalt oder Behörde ausgezahlt wird, in deren Obhut der Angehörige sich befindet (§ 175 Abs. 3). Der Anspruch auf Familienzuschlag hängt im allgemeinen davon ab, daß der Arbeitslose den Angehörigen bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit ganz oder überwiegend unterhalten hat; doch besteht der Anspruch stets für eheliche, für ehelich erklärte, an Kindes Statt angenommene und uneheliche Kinder des Arbeitslosen, für Stiefkinder ohne familienrechtlichen Unterhaltsanspruch gegen Dritte und für Angehörige, deren Unterhaltsanspruch erst nach Eintritt der Arbeitslosigkeit entstanden ist. Kein Familienzuschlag wird gewährt für Angehörige, die selbst Hauptunterstützung beziehen (§ 103). Jeder Angehörige wird nur bei einem Hauptunterstützungsempfänger berücksichtigt. Die Höhe der Arbeitslosenunterstützung richtet sich nach Lohnklassen, Einheitslöhnen und Hundertsätzen. Maßgebend für die Einstufung in die elf gesetzlichen Lohnklassen (Übersicht s. S. 172), zu denen der Verwaltungsrat der Reichsanstalt mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers und des Reichsrates weitere hinzufügen und entsprechend höhere Einheitslöhne festsetzen kann (§ 108), ist (von Einzelheiten abgesehen) das Arbeitsentgelt, das der Arbeitslose in den letzten 13 Wochen oder 3 Monaten seiner Arbeitnehmertätigkeit vor der ersten Arbeitlosmeldung (nach Erfüllung der Anwartschaftszeit) bezogen hat oder bei Vollarbeit bezogen hätte, höchstens aber der für die Beitragsentrichtung zugrunde gelegte Vollarbeits-Grundlohn. Unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge gehören in die Lohnklasse I (§ 105). Die Dauer der der ersten Arbeitslosmeldung vorangehenden Beschäftigung wird insofern berücksichtigt, als Arbeitslose der höheren Lohnklassen (VII bis XI) die Hauptunterstützung nach niedrigeren Klassen erhalten, wenn sie nicht in den letzten 18 Monaten mindestens 52 Wochen in versicherungspflichtiger oder sonst anwartschaftwerbender Beschäftigung gestanden haben, ohne daß ihnen inzwischen Unterstützung gewährt worden ist; die Familienzuschläge werden auch dann nach der regelrechten Lohnklasse bemessen (§ 105a). Arbeitslose aus Berufen oder Gewerben mit berufsüblicher Arbeitslosigkeit (vgl. jetzt noch V. vom 18. November 1929, RArbBl. I S. 274, und Anordnung vom 18. November 1929, daselbst) erhalten die gesamte Unterstützung nach den Lohnklassen der Krisenfürsorge (§ 107a ArblVG.). Innerhalb jeder Lohnklasse werden die Unterstützungen nach einem Einheitslohn berechnet (§ 106). Von diesem beträgt die Hauptunterstützung einen bei steigenden Lohnklassen fallenden Bruchteil, der Familienzuschlag für jeden Zuschlagsberechtigten 5 vom Hundert; Hauptunterstützung und Familienzuschläge zusammen dürfen fallende Hundertsätze des Einheitslohnes nicht übersteigen (§ 107). Die Einzelheiten ergeben sich aus nachstehender Übersicht. In keinem Fall außer bei Lehrlingen darf die nach § 107 errechnete Unterstützung höher sein als das Durchschnittsentgelt der für die Lohnklassenzugehörigkeit maßgebenden Zeit (§ 107b). Außerdem ist bei Arbeitslosen, die in erheblichem Maß außerhalb des Ortes gearbeitet haben, in dem die Unterstützung zu gewähren ist, die Höhe der Unterstützung den Lohnverhältnissen des Unterstützungsortes nach unten hin anzupassen (§ 107c). Ferner haben Arbeitslose, die in eine Gemeinde der Sonderklasse oder der Ortsklassen A oder B erst innerhalb des letzten Jahres vor Eintritt der Arbeitslosigkeit zugezogen sind, an diesem Wohnorte nur für vier Wochen Anspruch auf die Arbeitslosenunterstützung (§ 168 Abs. 2). Die Arbeitslosenunterstützung wird nach den §§ 105ff. für die Woche errechnet und wöchentlich nachträglich ausgezahlt (§ 175 Abs. 1). Auf jeden Unter-

stützungstag (Wochentag, auch Wochenfeiertag) entfällt ein Sechstel des wöchentlichen Unterstützungsbetrages; endet die Arbeitslosigkeit innerhalb einer Unterstützungswoche, so wird der entsprechende Teilbetrag ausgezahlt (§ 109 Abs. 1). Die Gewährung geschieht im allgemeinen in barem Geld; in besonderen Fällen, so während einer Wanderschaft mit Wanderschein (§ 169), kann die Unterstützung in Sachleistungen gewährt werden (§ 109 Abs. 2). Auf die Arbeitslosenunterstützung anzurechnen ist der Verdienst aus versicherungsfreier Betätigung während der Arbeitslosigkeit, jedoch nur in beschränktem Umfange (§ 112), ferner ein Teil der Sozialversicherungs- und Versorgungsrenten (§ 112a), bei Verheirateten auch das Einkommen der Ehefrau, soweit es 35 Reichsmark in der Kalenderwoche übersteigt, dafern nicht dem Arbeitslosen Familienzuschläge für zwei oder mehr Angehörige gewährt werden (§ 112b). Kein Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung besteht für die Zeit, für die der Arbeitslose noch Arbeitsentgelt erhält, für die aus einer ihm anläßlich des Ausscheidens aus der Arbeitsstelle gewährten Abfindung oder Entschädigung der Betrag des Normalarbeitsentgelts aufgewendet werden kann oder für die ihm Reederfürsorge gewährt wird; hat der Arbeitslose trotzdem Unterstützung erhalten, so hat der Arbeitgeber sie der Reichsanstalt zu erstatten (§ 113).

Lohnklasse	Wöchentl. Arbeitsentgelt von mehr als RM.	bis RM.	Einheitslohn RM.	Versicherungsmäßige Hauptunterstützung vom Hundert des Einheits-Lohnes = RM. für die Woche	Familienzuschlag je Angehöriger vom Hundert des Einheits-Lohnes = RM. für die Woche	Höchstunterstützung vom Hundert des Einheits-Lohnes = RM. für die Woche	bei kurzer Vorbeschäftigung Hauptunterstützung nach Klasse	Krisenunterstützung für Arbeitslose ohne zuschlagsber. Angeh. nach den Sätzen der Lohnklasse	Krisenunterstützung für Arbeitslose mit zuschlagsber. Angeh. nach den Sätzen der Lohnklasse	RM für die Woche für Arbeitslos. ohne Angeh.	RM für die Woche Höchstbetrag
I	—	10	8	70 = 5,60	5=0,40	80 = 6,40				5,60	6,40
II	10	14	12	60 = 7,20	5=0,60	80 = 9,60				7,20	9,60
III	14	18	16	50 = 8,00	5=0,80	75 =12,00				8,00	12,00
IV	18	24	21	42 = 8,82	5=1,05	72 =15,12				8,82	15,12
V	24	30	27	35 = 9,45	5=1,36	65 =17,55		IV		8,82	17,55
VI	30	36	33	35 =11,55	5=1,65	65 =21,45		IV	V	8,82	17,55
VII	36	42	39	32,5=12,68	5=1,95	62,5=24,38	VI	V	VI	9,45	21,45
VIII	42	48	45	30 =13,50	5=2,25	60 =27,00	VII	V	VI	9,45	21,45
IX	48	54	51	30 =15,50	5=2,55	60 =30,60	VIII	VI	VII	11,55	24,38
X	54	60	57	30 =17,10	5=2,85	60 =34,20	VIII	VI	VII	11,55	24,38
XI	60	—	63	30 =18,90	5=3,15	60 =37,80	IX	VI	VII	11,55	24,38

b) Krisenunterstützung (§ 101 ArblVG.) hat der Reichsarbeitsminister nach Anhörung des Verwaltungsrates der Reichsanstalt in Zeiten andauernd besonders ungünstiger Arbeitsmarktlage zur zeitlichen Ergänzung der versicherungsmäßigen Arbeitslosenunterstützung zuzulassen. Voraussetzung für den Anspruch auf Krisenunterstützung ist Zugehörigkeit zu dem nach Beruf und Bezirk einbezogenen Personenkreis (vgl. Erlaß über Personenkreis und Dauer der Krisenfürsorge vom 11. Oktober 1930, RArbBl. I S. 221) und Bedürftigkeit (vgl. V. über die Krisenfürsorge für Arbeitslose vom 11. Oktober 1930, RGBl. I S. 463). Krisenfürsorge erhalten Arbeitslose, die den Anspruch auf versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung oder auf Leistungen einer Ersatzeinrichtung des Arbeitgebers (§ 102 ArblVG.) erschöpft haben oder denen wegen Nichterfüllung der Anwartschaft keine versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung zusteht, die aber wenigstens 13 Wochen in versicherungspflichtiger Beschäftigung gestanden haben. Im übrigen sind die Voraussetzungen der Krisenunterstützung die gleichen wie die der versicherungsmäßigen Unterstützung. Auch Berechnungsweise und Maß der Krisenunterstützung gleichen weitgehend den oben dargestellten Regeln; nur ist die Höhe der Unterstützung für Arbeitslose der Lohnklassen V bis XI auf Sätze niedrigerer Klassen beschränkt. Beschränkt ist auch die Dauer der Krisenunterstützung, und zwar im allgemeinen auf höchstens 32 Wochen. Außer Reichsdeutschen erhalten Krisenunterstützung Staat-

lose (V. vom 19. Februar 1929, RGBl. I S. 31) und mit Rücksicht auf Gegenseitigkeit österreichische und polnische Staatsangehörige (Erlaß vom 22. März 1928, RArbBl. I S. 95). Die V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931 hat für die Hauptunterstützung aus der Krisenfürsorge eine Erstattungspflicht der Empfänger nach ähnlichen, aber milderen Grundsätzen eingeführt, wie sie in der Fürsorge nach der FürsPflV. bestehen (§ 101a ArblVG.).

2. Während des Bezugs der Hauptunterstützung (versicherungsmäßigen oder Krisenunterstützung) gehört der Arbeitslose von Gesetzes wegen der Krankenversicherung an; dabei gelten die Vorschriften über Pflichtversicherung, soweit nicht das ArblVG. Abweichendes bestimmt (§ 117 ArblVG.). Die Versicherung umfaßt auch die Familienhilfe, so daß zuschlagsberechtigte Angehörige nicht besonders versichert zu werden brauchen. Der Bezug der Hauptunterstützung steht der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung, die Arbeitslosenunterstützung dem Arbeitsverdienste gleich (§ 118). Der Berechnung des Grundlohnes werden 9 vom Hundert des wöchentlichen Einheitslohnes zugrunde gelegt, sofern der Reichsarbeitsminister nichts Abweichendes bestimmt; für die Beitragsberechnung kann der Vorsitzende des Arbeitsamtes mit der Krankenkasse einen Pauschbetrag vereinbaren (§ 119). Das Krankengeld hat, auch als Rechnungsgrundlage für andere Barleistungen der Krankenkasse, die Höhe der dem Versicherten zustehenden Arbeitslosenunterstützung (§ 120). Zur Vereinfachung der Verwaltung ist die Kassenzuständigkeit abweichend von den Vorschriften der RVO. geregelt. Grundsätzlich sind alle Arbeitslosen Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse, hilfsweise der Landkrankenkasse, die für den Unterstützungsort örtlich zuständig ist. Abweichungen hiervon bestehen für knappschaftlich Versicherte und Seeleute (§ 121), Abweichungsmöglichkeiten auf Beschluß des Verwaltungsausschusses des Arbeitsamtes (§ 122) und auf Antrag der an sich zuständigen Kasse (§ 124). Auf rechtzeitigen Antrag können Arbeitslose Mitglieder ihrer bisherigen Krankenkasse oder Ersatzkasse bleiben, wenn sie nach deren Recht weiterversicherungsberechtigt sind (§ 123). Die Krankenversicherungsbeiträge bestreitet die Reichsanstalt, bei Krisenunterstützten für Rechnung des Reiches und der Gemeinde (§ 167 Abs. 2); doch erhalten Arbeitslose, die von dem Rechte der Weiterversicherung bei dem bisherigen Versicherungsträger Gebrauch machen, nur soviel an Beiträgen ersetzt, als die Reichsanstalt an der sonstigen Krankenversicherung erspart (§ 125). Für die Meldungen tritt das Arbeitsamt an die Stelle des Arbeitgebers (§ 126). Der nachwirkende Anspruch ausgeschiedener Krankenversicherungspflichtiger fällt für die Dauer der Krankenversicherung auf Grund des ArblVG. weg; er besteht nach Ausscheiden wegen Wegfalls der Hauptunterstützung (§§ 118, 127 ArblVG., § 214 RVO.). Für unständig Beschäftigte bestehen Sondervorschriften (§ 128 ArblVG.).

3. Während des Bezuges der Hauptunterstützung wird die bereits erworbene Anwartschaft des Arbeitslosen in der Invaliden-, Angestellten- oder knappschaftlichen Pensionsversicherung dadurch aufrechterhalten, daß die Reichsanstalt (bei Krisenunterstützten für Rechnung des Reiches und der Gemeinde, § 167 Abs. 2 ArblVG.) im erforderlichen Mindestmaß Beiträge entrichtet oder Anerkennungsgebühren zahlt. Überdies hat sie in Fällen besonderer Härte, insbesondere wenn zum Erwerb der Anwartschaft nur noch wenige Beiträge erforderlich sind, auf Antrag die erforderlichen Beiträge zu leisten, die dann als Pflichtbeiträge gelten (§ 129). Näheres bestimmt Art. 7 der AusfV. vom 29. September 1927 (RGBl. I S. 312)/24. April 1928 (S. 153).

4. Die Kurzarbeiterunterstützung, besser Kurzarbeitsunterstützung, dient der Aufrechterhaltung von Arbeitsverhältnissen bei Arbeitsmangel. Mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers kann der Verwaltungsrat der Reichsanstalt anordnen (vgl. die Anordnung vom 30. Oktober 1928, RArblB. I S. 259) oder zulassen, daß arbeitslosenversicherungspflichtige Arbeitnehmer, die in einer Kalender-

woche infolge Arbeitsmangels die in ihrer Arbeitsstätte übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreichen und deswegen Lohnkürzungen unterworfen sind, Kurzarbeiterunterstützung aus Mitteln der Reichsanstalt erhalten. Die Höhe dieser Unterstützung ist begrenzt durch die dem Kurzarbeiter als Arbeitslosem zustehenden Unterstützungssätze; sie darf zusammen mit dem noch verdienten Arbeitsentgelt fünf Sechstel des vollen Arbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 130 ArblVG.). Einzelheiten über die Kurzarbeiterunterstützung enthält eine V. des Verwaltungsrates vom 30. Oktober 1928 (RArbBl. I S. 258).

5. Unter den Maßnahmen zur Verhütung und Beendigung der Arbeitslosigkeit steht an erster Stelle die Vermittlung von Arbeit (§ 131Arbl VG.), die sich nach den Vorschriften des zweiten Abschnitts des ArblVG. vollzieht und die gelegentlich der vorgeschriebenen Meldungen des Arbeitslosen beim Arbeitsamt (Stempelkontrolle) ständig erneut versucht wird (§ 173). Neben dieser mit dem Bezuge der Arbeitslosenunterstützung verbundenen Auflage stehen Maßnahmen, die unmittelbar einzelnen Arbeitslosen zugutekommen (a) oder allgemein der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit dienen (b). Die Maßnahmen gelten zunächst den Empfängern versicherungsmäßiger Arbeitslosenunterstützung, können aber erstreckt werden auf Arbeitslose, die wegen Nichterfüllung der Anwartschafts- oder Wartezeit oder wegen des Laufes einer Sperrfrist oder wegen Erschöpfung des Anspruchs keine Unterstützung erhalten (§ 140 Abs. 1), und auf Empfänger von Krisenunterstützung (§ 141).

a) Auch soweit die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen der Reichsanstalt zu Mehrleistungen an den einzelnen Arbeitslosen führen, besteht auf sie kein Rechtsanspruch. Durchweg ist die Reichsanstalt und ihr zuständiges Organ (gewöhnlich der Vorsitzende des Arbeitsamtes) zu den Maßnahmen nur ermächtigt, und auch, wenn einem bestimmten Versicherten eine Leistung dieser Art zugewendet worden ist, kann er ihre Weiterführung nicht verlangen — wenn er auch bei Wohlverhalten damit rechnen darf, daß die Leistung schon aus Gründen der Zweckmäßigkeit nicht vorzeitig abgebrochen wird. Die Mehrleistungen sollen die Arbeitsaufnahme unter schwierigen Umständen befördern. Hierzu dient die Bestreitung von Reisekosten bei Arbeitsaufnahme außerhalb des bisherigen Aufenthaltsortes, auch für hausstandteilende mitreisende oder nachfolgende Familienmitglieder und in das dem Deutschen Reiche benachbarte Ausland (§ 132 ArblVG.), die Fortgewährung von Familienzuschlägen für zurückbleibende Angehörige (§ 133), das Darleihen von Mitteln zur Beschaffung der für längerdauernde Arbeit fehlenden Arbeitsausrüstung sowie der Verzicht auf die Rückerstattung (§ 135), die Gewährung eines Anlernezuschusses zum Ausgleich des Minderverdienstes bei Annahme neuartiger Arbeit (§ 136). Weniger stark auf die Person bestimmter Arbeitsloser bezogen ist die Beigabe eines sachkundigen Führers für eine Gruppe unterstützter Arbeitsloser, die an einen auswärtigen Arbeitsort entsandt wird (§ 134), und die Einrichtung oder Unterstützung von Veranstaltungen zur beruflichen Fortbildung und Umschulung Arbeitsloser aus Mitteln der Reichsanstalt. Unmittelbar dem einzelnen Arbeitslosen zugute kommt wieder die Zahlung des üblichen Schulgeldes für die Teilnahme an solchen Veranstaltungen (§ 137). Richtlinien für die Durchführung all dieser Maßnahmen hat der Verwaltungsrat der Reichsanstalt gemäß § 138 in der V. zur Förderung der Arbeitsaufnahme vom 30. September 1927 (RArbBl. I S. 444) aufgestellt.

b) Als unpersönliche Maßnahmen sind die wertschaffende Arbeitslosenfürsorge (§ 139 ArblVG.) und die Förderung des freiwilligen Arbeitsdienstes (§ 139a) vorgesehen. Bei ersterer handelt es sich um die Förderung von Maßnahmen, die geeignet sind, die Arbeitslosigkeit zu verringern, insbesondere um die Beschaffung zusätzlicher Arbeitsgelegenheit (öffentliche Notstandsarbeiten). Hierzu können Mittel der Reichsanstalt als Darlehen oder Zuschüsse insoweit zur Verfügung gestellt werden, als die Reichsanstalt im Unterstützungsaufwand entlastet wird. Außerdem

können — meist unter Vermittlung der Reichsanstalt — Darlehen oder Zinszuschüsse des Reiches und der Länder gegeben werden. Für den Wiedereinzug der Darlehen und die Beleihung der Außenstände zwecks Flüssigmachung weiterer Mittel für wertschaffende Anlagen besteht seit dem 1. August 1930 die Deutsche Gesellschaft für öffentliche Arbeiten Aktiengesellschaft. Bei der Förderung öffentlicher Notstandsarbeiten entstehen vierfache Rechtsbeziehungen zwischen der Reichsanstalt, dem Träger der Notstandsarbeit (öffentliche Körperschaft oder gemeinnützige Unternehmung), dem (privaten) Unternehmer der ausführenden Arbeiten und den als Notstandsarbeiter beschäftigten bisherigen Arbeitslosen. Für die Entlohnung der letzteren kann der Verwaltungsausschuß des Landesarbeitsamtes eine obere Grenze festsetzen, auch die Anwendung eines bestimmten Tarifvertrages vorschreiben; im übrigen gelten für das Arbeitsverhältnis der Notstandsarbeiter die gewöhnlichen arbeitsrechtlichen Vorschriften. Die Einzelheiten der wertschaffenden Arbeitslosenfürsorge regeln die Richtlinien des Verwaltungsrates vom 28. März 1928 (RArbBl. I S. 87) und die V. des Reichsarbeitsministers über Darlehen und Zinszuschüsse des Reichs und der Länder für öffentliche Notstandsarbeiten (Verstärkte Förderung) vom 29. März 1928 (RGBl. I S. 126). Der freiwillige Arbeitsdienst liegt an sich außerhalb des Geschäftskreises der Reichsanstalt und außerhalb des Arbeitsrechts überhaupt. Nur ist es durch die V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931 der Reichsanstalt zur Obliegenheit gemacht, ihn zu fördern, und sie darf dafür Mittel der Arbeitslosenversicherung in angemessenem Ausmaß einsetzen. Ausdrücklich ist festgelegt, daß die Beschäftigung im freiwilligen Arbeitsdienst kein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts begründet; doch darf der Reichsarbeitsminister die Vorschriften des Arbeitnehmerschutzes und der Sozialversicherung ganz oder teilweise, auch mit Abweichungen, für anwendbar erklären (s. V. über die Förderung des freiwilligen Arbeitsdienstes vom 23. Juli 1931, RGBl. I S. 398).

Weitere, im Gesetze nicht vorgesehene Maßnahmen kann der Verwaltungsrat, versuchsweise der Präsident der Reichsanstalt zulassen (§ 140 Abs. 2 ArblVG.).

V. Die knappschaftlichen Versicherungsleistungen zeigen in der Krankenversicherung (1) nur geringe, in der Invalidenversicherung (2) nur eine einzige Abweichung vom allgemeinen Recht. Hingegen sind die Leistungen der Pensionsversicherung (3) besonders geregelt, und zwar verschieden für Arbeiter und für Angestellte, für diese in Anlehnung an das allgemeine Recht der Angestelltenversicherung.

1. Die knappschaftliche Krankenversicherung wird von den Bezirksknappschaften und besonderen Krankenkassen nach den Vorschriften der RVO. und des RKnG. durchgeführt (§ 20 RKnG.). Grundsätzlich sind die Leistungen die gleichen wie nach der RVO. Wird die Versicherungspflicht auf Angestellte mit Jahresarbeitsverdienst jenseits der allgemeinen Obergrenze erstreckt, so beschränken sich die Leistungen für diese Versicherten auf Krankenpflege, Krankenhauspflege, Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe unter entsprechender Ermäßigung der Beiträge (§ 16). Vom Recht der RVO. abweichende Vorschriften bestehen für die Festsetzung des Grundlohnes (§ 21), für die Bemessung des Krankengeldes und Hausgeldes (§ 22) und für die Familienkrankenpflege (§ 23). In der Bestimmung von Mehrleistungen genießen die Bezirksknappschaften und besonderen Krankenkassen weitgehende Freiheit, die durch die Satzung der Reichsknappschaft beschränkt werden kann (§ 24).

2. Die Leistungen der Invalidenversicherung werden knappschaftlich versicherten Arbeitern nach den Vorschriften der RVO. von der Reichsknappschaft gewährt, die dabei die Stellung einer Sonderanstalt (§§ 1360ff. RVO.) hat (§ 103 RKnG.). Eine Besonderheit besteht nur darin, daß die Reichsknappschaft den nachgewiesenen Lohnausfall dem Versicherten zu erstatten hat, wenn bei Gewährung oder Entziehung einer Invalidenrente eine ärztliche Untersuchung oder eine Krankenhausbeobachtung angeordnet wird (§ 104).

3. Den eigentlichen Kernpunkt der Knappschaftsversicherung bildet die Pensionsversicherung, die bei Arbeitern in knappschaftlich versicherten Betrieben (a) zu den sonstigen Versicherungszweigen hinzutritt, bei Angestellten (b) die gewöhnliche Angestelltenversicherung ersetzt. Beide Pensionsversicherungen werden von versicherungstechnisch getrennten Pensionskassen (§§ 28, 49 RKnG.) durchgeführt. Dabei wird die Zeit der Zugehörigkeit zur anderen Pensionskasse sowie zur Angestellten- oder Invalidenversicherung berücksichtigt (Wanderversicherung, §§ 67 bis 71). Beiden Pensionsversicherungen gemeinsame Vorschriften gelten für den Erwerb („Wartezeit", §§ 72 bis 75) und die Aufrechterhaltung der Anwartschaft (§ 76), die Weiterversicherung (§ 77), das Wiederaufleben der Anwartschaft (§ 78), die Leistungsverweigerung

(§ 79), den Beginn und das Ende der Rentenansprüche (§§ 80 bis 82), die Verschollenheit des Versicherten (§§ 83f.), die Leistungsversagung (§ 85), die rechtzeitige Geltendmachung des Anspruchs (§ 86), die Bezugsberechtigung beim Tode des Empfängers fälliger, aber noch nicht abgehobener Leistungen (§ 87), die Entziehung von Renten (§§ 88 bis 90), das Ruhen der Leistungen (§§ 91 bis 95) usw. (vgl. § 21).

a) Regelleistungen (Pflichtleistungen) der Arbeiterpensionskasse sind Invalidenpension für Knappschaftsinvaliden, Witwenpension für die Witwen und Waisengeld für die Kinder verstorbener Mitglieder und Knappschaftsinvaliden, freie ärztliche Behandlung und Arznei für Knappschaftsinvaliden und Bestattungsbeihilfen (§ 34). Invalidenpension erhält, wer das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder berufsunfähig ist (§§ 35 bis 37; wegen der Berufsunfähigkeit s. § 20, 3e, S. 145). Die Invalidenpension besteht aus einem Grundbetrag in gleicher Höhe wie in der Invalidenversicherung und aus Steigerungsbeträgen nach Hundertteilen der Endbeträge der Lohnklassen, in denen für den Versicherten Beiträge entrichtet sind (§ 38) sowie aus Kindergeld (§ 40). Witwenpension und Waisengeld betragen Bruchteile der Invalidenpension (§ 41), Bestattungsbeihilfen ein Vielfaches des monatlichen Pensionsbetrages (§ 42). Freie ärztliche Behandlung und Arznei sind durch den Umfang der knappschaftlichen Krankenversicherungsleistungen begrenzt (§ 43) und durch das Nichtbestehen eines gleichartigen Anspruchs gegen Kranken- oder Unfallversicherungsträger bedingt (§ 44). Weiterhin sind vorbeugende und korrigierende Heilverfahren vorgesehen (§§ 47, 48) und Mehrleistungen (freiwillige Leistungen) zugelassen, über die Satzung und Sondervorschriften bestimmen (§§ 45, 46).

b) In der Angestelltenpensionskasse entspricht der Leistungsaufbau dem der Arbeiterpensionskasse (§§ 56, 60 bis 65 RKnG.), nur daß der hauptsächliche Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit dem der Angestelltenversicherung angeglichen ist (§ 57; vgl. oben § 20, 3e und §§ 58, 59 RKnG.). Während aber Arbeiterpensionsversicherung und Invalidenversicherung grundsätzlich nebeneinander hergehen und nur beim Zusammentreffen von Renten aus beiden der Grundbetrag der Rente aus der Pensionsversicherung ruht (§ 106), wird durch die Zugehörigkeit zur Angestelltenpensionskasse die Angestelltenversicherung absorbiert, so daß die Reichsknappschaft für diese Versicherten die Angestelltenversicherung durchzuführen hat (§§ 49, 50) und Rentenhäufung (mit der Folge des § 106) nur in Ausnahmefällen eintreten kann. Überdies haben die Mitglieder der Angestelltenpensionskasse im Mindestmaß Anspruch auf Leistungen, die nach dem AVG. bemessen oder vorgeschrieben sind (§ 60 Abs. 4, § 66 RKnG.).

§ 23. Die Erfüllung der Leistungsansprüche.

I. Schuldner der Versicherungsleistungen ist der Versicherungsträger (s. § 6, S. 21), einerlei ob der Leistungsaufwand versicherungsmäßig gedeckt oder aus Zuzahlungen des Reiches oder eines anderen Gemeinwesens bestritten wird (s. § 13, S. 109) oder auch, ob als Versicherungsträger ein öffentliches Rechtssubjekt mit allgemeineren Aufgaben auftritt (vgl. § 6 I 6a, S. 26) und die Leistungen ohne Beitragserhebung aus allgemeinen Finanzmitteln deckt. In einigen Fällen wird aber die Leistung nicht von dem an sich zuständigen Träger unmittelbar, sondern unter Zuhilfenahme eines anderen Versicherungsträgers erbracht (1). Auch sind bei Leistungsunfähigkeit des Versicherungsträgers gewisse Haftungen anderer Subjekte vorgesehen (2).

1. Unter Zwischenschaltung eines anderen als des an sich zuständigen Versicherungsträgers werden Leistungen in einigen Fällen gewährt, in denen der Träger für den Versicherten und der Versicherte für den Träger sonst schwer erreichbar wäre. In der Krankenversicherung erhalten Versicherte, die außerhalb des Bezirks ihrer Kasse wohnen oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Kassenbereiches erkranken, die Leistungen durch eine Krankenkasse des Wohn- oder Aufenthaltsortes (§§ 219, 220 RVO., s. § 7 III, S. 58). Versicherte, die während einer Beschäftigung im Ausland erkranken, erhalten die Leistungen vom Arbeitgeber, solange sie ihres Zustandes wegen nicht ins Inland zurückkehren können (§ 221 RVO.). Die See-Krankenkasse gewährt ihre Leistungen durchweg durch andere Krankenkassen (§ 483 RVO.). In allen diesen Fällen erstattet die Kasse, deren Mitglied der Versicherte ist, der anderen Krankenkasse oder dem Arbeitgeber die Kosten der Leistungen (§§ 222, 486, vgl. auch § 487). Auch die Träger der Unfallversicherung können — über die eigenen Leistungspflichten der Krankenkassen hinaus (s. § 24, S. 181) — Krankenkassen, und zwar nicht nur solche, deren Mitglied der Verletzte ist, mit der Gewährung von Leistungen unter Kostenersatz

beauftragen (§ 1510 RVO.). Dem Versicherten gegenüber bleibt Schuldner der Leistungen immer der an sich zuständige Versicherungsträger. Gegen den zwischengeschalteten Träger (oder Arbeitgeber) sind dem Versicherten keine Rechtsbehelfe eingeräumt; nur kann er die Aufsichtsbehörde anrufen.

2. Die Gläubiger der Versicherungsträger, insbesondere die Versicherten, sind für die Befriedigung ihrer Ansprüche im allgemeinen auf die eigenen Mittel der Versicherungsträger angewiesen. Bei Leistungsunfähigkeit eines Versicherungsträgers tritt nur ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen eine Ausfallhaftung anderer Stellen ein. Erwähnt wurden bereits die Beihilfen, die Gemeindeverbände, Innungen, Arbeitgeber zu leisten haben, wenn bei den von ihnen errichteten Krankenkassen die Beiträge eine gewisse Grenze erreicht haben und trotzdem zur Deckung der Regelleistungen nicht ausreichen und auch durch Vereinigung die Leistungsfähigkeit der Kassen nicht zu sichern ist (§§ 389, 390 RVO., s. § 15, 1, S. 120; ähnlich auch §§ 123, 124 RKnG.). Die Haftung besteht hier nicht gegenüber dem einzelnen Kassenmitglied, sondern gegenüber der Kasse als solcher. Hingegen haftet der Gemeindeverband oder die Innung unmittelbar dem Kassengläubiger, wenn bei Auflösung oder Schließung einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse deren Vermögen nicht ausreicht, um die Ansprüche ihrer Beamten zu befriedigen (§ 305 RVO.). Eine Haftung des Muttergemeinwesens, und zwar unmittelbare Haftung gegenüber allen Arten von Gläubigern des Versicherungsträgers, ist ferner vorgesehen bei den Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung, soweit deren Anstaltsvermögen zur Deckung der Verbindlichkeiten nicht ausreicht (§ 1402 RVO.). Über den Weg, auf dem alle diese Haftungen geltend zu machen sind, sagt das Gesetz nichts; die Heranziehung des § 405 Abs. 2 RVO. für die Beihilfen nach §§ 389, 390 ist eine Verlegenheitslösung. Nicht zu einer eigentlichen Haftung verdichtet ist die Darlehnspflicht des Reiches gegenüber der Reichsanstalt; überdies ist das Höchstmaß der Darlehen durch das jeweilige Reichshaushaltsgesetz begrenzt (§ 163 ArblVG.). Den übrigen Versicherungsträgern, insbesondere der Reichsknappschaft, und ihren Versicherten gegenüber ist überhaupt keine Ausfallhaftung oder sonstige Hilfe vorgesehen; das RKnG. normiert aber ausdrücklich die Möglichkeit der Minderung von Pensionskassenleistungen (§ 132 Abs. 3ff.; vgl. jetzt auch Teil V Kap. I § 1 der V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931, RGBl. I S. 279).

II. Sache des Versicherungsträgers ist es, die Leistungen zu gewähren, wenn sie zu Recht beansprucht werden, in der Unfallversicherung auch von Amts wegen. Er steht dabei als Schuldner dem Versicherten oder dem sonstigen Berechtigten gegenüber, der seinerseits Gläubiger ist. Beide Teile sind Parteien eines Schuldverhältnisses. Dieses ist öffentlichrechtlicher Art. Der Versicherungsträger ist Subjekt der öffentlichen Verwaltung; die Erfüllung des Leistungsanspruches durch ihn ist Verwaltungshandlung. Da der Versicherungsträger meist einen umfangreichen Verwaltungsstab hat, bedarf es eines geordneten Verfahrens zur Erfüllung der Leistungsansprüche. In vielen Fällen, namentlich bei den kleinen Versicherungsfällen der Krankenversicherung und auch der Arbeitslosenversicherung, spielt dieses Verfahren sich sehr formlos ab. Sind aber beide Teile nicht ohne weiteres über Voraussetzungen und Ausmaß der Leistungen einig, so bedarf es zur Herbeiführung einer verantwortlichen Entschließung des Trägers über den Leistungsanspruch einer geordneten Feststellung der Leistungen. In dem darauf gerichteten Verfahren entscheidet das zuständige Organ des Versicherungsträgers sich über die Stellungnahme zu dem Anspruch. Die getroffene Entscheidung ist mit Rechtsmitteln anfechtbar, die an die Versicherungsbehörden als Verwaltungsgerichte gehen. Sie ist aber nicht selbst richterliche oder sonstwie neutrale Entscheidung über Recht, das zwischen anderen Parteien in bestehenden Rechtsverhältnissen streitig geworden ist, sondern verkehrsmäßige Rechtsverwirklichung durch eine Partei; sie ist Verwal-

tungsakt, nicht instanzmäßige Gerichtsentscheidung. Diese Rechtslage wird äußerlich verwischt durch die in den Gesetzen für die Feststellungen der Versicherungsträger und für die Rechtsbehelfe dagegen gebrauchten Bezeichnungen und durch die Möglichkeiten der Mitwirkung der Versicherungsbehörden bei den Feststellungen selbst (s. § 30 II 2, S. 209f.). Theoretisch ist streng zu unterscheiden zwischen dem Verwaltungsverfahren des Versicherungsträgers zur Feststellung seiner Leistungen, der Parteientschließung über die Erfüllung auftretender Ansprüche einerseits (davon ist hier die Rede) und dem gerichtlichen Entscheidungsverfahren (Spruchverfahren) über hierbei streitig gebliebene Ansprüche andrerseits, das vom Gesetz ebenfalls als Feststellung bezeichnet wird, das aber gegebenenfalls in einer Verurteilung des Versicherungsträgers zur Leistung gipfelt (s. § 31, S. 217ff.).

1. Eingeleitet wird das Verfahren zur Gewährung von Leistungen gewöhnlich durch einen Antrag des Berechtigten (§ 1545 Abs. 1 Nr. 2 RVO., § 214 AVG., § 168 ArblVG., § 191 RKnG.). Ein Antrag (Anmeldung des Anspruchs) kann auch gestellt werden, wenn die Leistung an sich von Amts wegen festzustellen wäre (Unfallversicherung, §§ 1546 bis 1549 RVO.) oder wenn es sich um eine freiwillige Mehrleistung handelt (z. B. § 604). Von Amts wegen werden die Leistungen auf dem Gebiete der Unfallversicherung vom Versicherungsträger festgestellt (§ 1545 Abs. 1 Nr. 1); der Sicherung dieser Feststellung dienen die Pflichten zur Unfallanzeige (§§ 1552 bis 1558) und zur Anzeige von Berufskrankheiten (§§ 6 bis 8 BerKrankhV.). Ohne Antrag kann auch das Verfahren zur Feststellung von Pensionsversicherungsleistungen durch die knappschaftlichen Organe eingeleitet werden (§ 191 Abs. 3 RKnG.). Freiwillige Leistungen können vom Versicherungsträger ohne Antrag, aber nicht wider Willen des Berechtigten gewährt werden; das Versicherungsamt hat von geeigneten Fällen den Versicherungsträger zu benachrichtigen (§ 1550 RVO., § 247 AVG.). Der Antrag bedarf im allgemeinen keiner besonderen Form. Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können ihn in der Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherung selbständig stellen und verfolgen (§ 1613 Abs. 6 RVO., § 214 Abs. 5 AVG., § 191 Abs. 2 RKnG.). Den Antrag auf Arbeitslosenunterstützung hat der Versicherte persönlich zu stellen und dabei die zur Beurteilung seines Anspruches erforderlichen Angaben zu machen (§§ 168, 170 ArblVG.); vom Antrag ist die meist vorangehende, ebenfalls persönliche Arbeitslosmeldung zu unterscheiden (§§ 110a, 173). Dem Antrag auf Leistungen der Invaliden- oder Angestelltenversicherung sollen die Beweisstücke (insbesondere Quittungskarte und Aufrechnungsbescheinigungen) beiliegen (§ 1613 Abs. 1 RVO., § 214 Abs. 1 AVG.). Durch die Vorschriften über die rechtzeitige Geltendmachung und den Ausschluß von Ansprüchen (vgl. § 21, 4 und 5, S. 149) ist der Antrag auf Versicherungsleistungen mittelbar befristet. Anzubringen ist der Antrag beim in Anspruch genommenen Versicherungsträger, in den Rentenversicherungen wahlweise auch beim Versicherungsamt (§§ 1546, 1551, 1613 RVO., § 214 AVG., § 191 RKnG.); doch besteht weitgehend bewegliche Empfangszuständigkeit (§§ 1549, 1613 Abs. 4 RVO., § 214 Abs. 4 AVG.). Ansprüche auf Krankenpflege und Krankenbehandlung können, unbeschadet der Vorschriften über den Krankenschein (vgl. § 22 I 1a, S. 155), durch einfaches Aufsuchen oder Zuziehen des Arztes erhoben werden. Der Antrag auf Arbeitslosenunterstützung kann nur bei dem örtlich zuständigen Arbeitsamte, nach Bestimmung des Vorsitzenden auch bei der Gemeindebehörde, gestellt werden (§§ 168, 172 Abs. 2 ArblVG.). Die örtliche Zuständigkeit kann durch Ausstellung von Wanderscheinen für Arbeitslose, die eine Lehre genossen haben und für deren Berufsweg das Wandern förderlich erscheint, beweglich gestaltet werden (§ 169).

2. Auf die Einleitung des Verfahrens folgt naturgemäß die Aufklärung des Sachverhalts, dem Wesen des Verfahrens als Parteihandlung entsprechend grundsätzlich durch den Versicherungsträger selbst. Allgemein ist Beschleunigung der Feststellung vorgeschrieben (§ 1545 Abs. 2 RVO.). Über die Wege zur Klarstellung ist

nur einiges vorgeschrieben. Die Krankenkassen sind zur Nachprüfung der Erfüllungshandlungen ihrer Kassenärzte durch Vertrauensärzte oder Prüfungsausschüsse nicht nur im Interesse der Überwachung der Ärzte, sondern auch zwecks Abwehr unberechtigter Ansprüche der Versicherten verpflichtet; gleichen Zwecken dient die Krankenkarte (§ 368 Abs. 2 Nr. 2 RVO.). Wegen der besonderen Eilbedürftigkeit der Krankenpflegeleistungen hinkt allerdings die Prüfung der Anspruchsberechtigung vielfach hinter der Gewährung der Leistungen her. In der Unfallversicherung ist als besonderes Klarstellungsmittel die Unfalluntersuchung vorgeschrieben (§§ 1559 bis 1567 RVO., § 6 BerKrankhV.; weitere Einzelheiten für die Unfallversicherung §§ 1580 bis 1582 RVO., für die See-Unfallversicherung insbesondere §§ 1745ff.). Ferner kann der Träger der Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung sich zur Vorbereitung seiner Entschließung des Versicherungsamtes bedienen, das einzelne Ermittlungen anstellt, insbesondere Zeugen und Sachverständige vernimmt, oder den ganzen Sachverhalt aufklärt (§§ 1571 bis 1580, 1613 bis 1627 RVO., §§ 214 bis 245 AVG.); Begutachtung durch das Versicherungsamt kann auch der Antragsteller verlangen (§ 1613 Abs. 4, § 1626 RVO., § 214 Abs. 3, § 246 AVG.). Beweissicherungsersuchen können auch an Amtsgerichte und andere Behörden gerichtet werden (§§ 1571, 1574, 1613 Abs. 3 RVO., § 214 Abs. 2 AVG.). Den Arbeitsämtern stehen für ihre Ermittlungen über den Unterstützungsanspruch weitgehende Befugnisse zu (§ 171 ArblVG.); auch hat der Versicherte zwecks Geltendmachung seines Anspruches auf Arbeitslosenunterstützung einen bürglichrechtlichen Anspruch gegen den bisherigen Arbeitgeber auf ein Sonderzeugnis (§ 170 Abs. 2).

3. Findet der Anspruchsträger sich mit dem, was die Verwaltung des Versicherungsträgers ihm an Leistungen zugesteht, nicht ohne weiteres ab, so kann er die Entschließung des dafür zuständigen Organs herbeiführen; in einigen Fällen ist von vornherein die Feststellung der Leistung durch dieses Organ vorgeschrieben. Am lockersten ist Kompetenzordnung innerhalb der Krankenkassen; die verantwortliche Entscheidung trifft der Vorstand (§ 342 Abs. 1 RVO.), soweit nicht Satzung oder Vorstandsbeschluß (Geschäftsanweisung) eine andere Stelle (Vorstandsausschuß, einzelnes Vorstandsmitglied, Geschäftsführer) dazu beruft. Bei den Berufsgenossenschaften ist zur Feststellung der Leistungen im allgemeinen der Genossenschaftsvorstand zuständig, wenn aber die Genossenschaft in Sektionen eingeteilt ist und es sich um kleinere Leistungen handelt, der Sektionsvorstand (§ 1568). Die Satzung kann die Zuständigkeit anders ordnen (§ 1569). Bei anderen Unfallversicherungsträgern bezeichnen die Ausführungsbestimmungen die zuständige Stelle (§ 1570). Bei den wichtigeren Leistungen oder auf Antrag des Berechtigten oder Anweisung der Aufsichtsbehörde hat die Feststellung als förmliche durch schriftlichen Bescheid zu geschehen (§ 1569a); im übrigen kann sie formlos erfolgen. An der förmlichen Feststellung muß ein Vertreter der Versicherten mitwirken (§§ 1569b, 1570). Für das Bescheidverfahren, insbesondere für Fälle seiner Verzögerung und für die Ausgestaltung des Bescheids, sind eine Reihe von Einzelheiten vorgeschrieben (§§ 1583 bis 1611). Von der Gewährung gewisser Unfallversicherungsleistungen ist die Reichsversicherungsanstalt zu benachrichtigen (§ 251a AVG.). Die Leistungen der Invalidenversicherung werden vom Vorstande derjenigen Versicherungsanstalt festgestellt, die für das Versicherungsamt zuständig ist, in dessen Bezirke der Versicherte zur Zeit des Antrages wohnt oder beschäftigt ist oder zuletzt vorher gewohnt hat oder beschäftigt war (§ 1630 mit §§ 1613, 1614, 1637 bis 1640 RVO.). Die Leistungen der Angestelltenversicherung stellt das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt fest (§ 248 AVG.). In beiden Rentenversicherungen geschieht die Feststellung oder Ablehnung, sowie die Entziehung und Einstellung einer Rente durch schriftlichen Bescheid (§§ 1631 bis 1634 RVO., §§ 249, 250 AVG.); die Wiederholung abgelehnter Anträge ist erschwert (§ 1635 RVO., § 251 AVG.). Über Anträge auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung entscheidet verantwortlich zunächst der

Vorsitzende des Arbeitsamtes, der sich dabei freilich seiner Hilfskräfte bedienen kann (§ 172 ArblVG., Art. 9 Abs. V KurzArbV.). Gegen seine Entscheidung ist aber befristeter Einspruch beim Spruchausschuß zulässig; den Einspruch kann jeder einlegen, der an der Abänderung der Entscheidung ein berechtigtes Interesse hat (§ 178). Der Spruchausschuß (s. § 10 IV 3d, S. 103) ist ein bei jedem Arbeitsamte bestehendes besonderes Verwaltungsorgan der Reichsanstalt, das nur zur Entschließung über Leistungsansprüche und Rückforderungen zu Unrecht gewährter Leistungen sowie zur Verhängung gewisser Ordnungsstrafen zuständig ist (§§ 178, 179, 259, 260); er ist keine Rechtsprechungsbehörde. Erst der Spruchausschuß faßt die endgültige Parteientschließung der Reichsanstalt auf den Leistungsanspruch, gegen die dann verwaltungsgerichtliche Rechtsbehelfe zulässig sind (§§ 180ff. ArblVG., vgl. § 31, S. 217ff.). Die Vorschriften über den Ausschluß von der Mitwirkung bei Entscheidungen gelten auch für den Spruchausschuß (§ 183 ArblVG.). Die Feststellungswirkung arbeitsgerichtlicher Entscheidungen über die Umstände, die zur Lösung des Arbeitsverhältnisses geführt haben, besteht auch für den Vorsitzenden des Arbeitsamtes und den Spruchausschuß; umgekehrt binden auch endgültige Entscheidungen der Spruchausschüsse, obwohl sie keine gerichtlichen Entscheidungen sind, alle anderen Behörden einschließlich der Gerichte (§ 184). Die Leistungen der knappschaftlichen Versicherung werden von den Verwaltungen der Bezirksknappschaften (besonderen Krankenkassen) und besonderen, selbstverwaltungsmäßig gebildeten Ausschüssen nach Maßgabe der §§ 180, 191 bis 198 RKnG. festgestellt, wobei der Ausschuß in Invalidenversicherungssachen die vorbereitende Rolle des Versicherungsamtes übernimmt, in Kranken- und Pensionsversicherungsangelegenheiten auf Antrag (mit Einspruchscharakter) die abschließende Entschließung des Versicherungsträgers faßt.

4. An die Feststellung der Leistung schließt sich der Realakt der Erfüllung des Leistungsanspruches an. Hierfür bestehen nur einzelne besondere Vorschriften; das meiste versteht sich von selbst. Ärztliche Behandlung jeder Art als Sachleistung muß grundsätzlich durch die Hand approbierter Ärzte und Zahnärzte, sonst der in §§ 122, 123 RVO. aufgeführten Personen gewährt werden (vgl. § 32, S. 223). Die Geldleistungen der Kranken- und der Arbeitslosenversicherung werden gewöhnlich vom Berechtigten an der Kasse (Zahlstelle) des Versicherungsträgers abgehoben; die Auszahlung der Arbeitslosenunterstützung kann den Gemeinden und Gemeindeverbänden übertragen werden (§ 175 Abs. 2 ArblVG.). Unfallversicherungsträger, Invalidenversicherungsanstalten und Reichsknappschaft (außer für Krankenversicherungsleistungen und einmalige Leistungen) bedienen sich im allgemeinen der Post (Knappschaftsberufsgenossenschaften auch der Reichsknappschaft, § 730 RVO.) als Zahlstelle, bei der die Berechtigten die Leistung abzuholen haben (§§ 726, 988, 1159, 1383 RVO., §§ 212, 219 RKnG.). Die Deutsche Reichspost kann von den Versicherungsträgern Vorschüsse einziehen (§§ 728, 988, 1160, 1385 RVO., § 214 RKnG.); über diese und die Zahlungen wird nach Ablauf des Geschäftsjahres abgerechnet (§§ 777 bis 782, 1082, 1185, 1403 bis 1410 RVO., §§ 217, 218 RKnG.). Für die Auszahlung erhält die Post vom Versicherungsträger eine Vergütung (§ 215 RKnG., VI. Abschn. § 4 V. vom 26. Juli 1930). Die Leistungen der Angestelltenversicherung werden im gewöhnlichen Postscheckverkehr überwiesen, obwohl auch die Reichsversicherungsanstalt sich der Postanstalten als Zahlstellen bedienen kann (§ 313 AVG.). Jede Person, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen, kann die bei den Zahlungen erforderlichen Bescheinigungen, insbesondere Lebensbescheinigungen, erteilen und beglaubigen (§§ 727, 988, 1160, 1384 RVO., § 314 AVG., § 213 RKnG.). Wie an Empfänger zu zahlen ist, die sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, kann besonders bestimmt werden (§§ 729, 988, 1161, 1386 RVO., § 315 AVG., § 216 RKnG.).

III. Dem Leistungsanspruch des Berechtigten kann der Versicherungsträger unter Umständen gewisse Gegenrechte entgegensetzen. Sie unterscheiden sich

von den oben in § 21 behandelten negativen Leistungsvoraussetzungen insofern, als sie nicht wie diese den Leistungsanspruch als ganzes oder die daraus erwachsende Einzelforderung vernichten oder die Geltendmachung vereiteln, sondern nur dem an sich anerkannten Anspruch als Einreden entgegengestellt werden. Im Zusammenhange damit behandelt das Gesetz auch die Verfügungen, die der Berechtigte selbst über seinen Anspruch treffen kann. Grundsätzlich soll der Versicherte oder sonst Berechtigte selbst und ungeschmälert in den Genuß der Leistungen treten. Deshalb können die Ansprüche darauf mit rechtlicher Wirkung nur wegen gewisser, gesetzlich umschriebener Forderungen übertragen, verpfändet und gepfändet werden, insbesondere wegen empfangener Vorschüsse auf Leistungen, wegen genossener und aus den Leistungen zu ersetzender Fürsorge, wegen rückständiger Beiträge aus den letzten drei Monaten und wegen familienrechtlicher Unterhaltsforderungen; nur der Anspruch auf bare Ersatzleistung für ärztliche Behandlung (§ 370 RVO.) ist unbeschränkt abtretbar, verpfändbar und pfändbar, was sich insbesondere zugunsten des behandelnden Arztes auswirkt. Andere Anspruchsübertragungen kann das Versicherungsamt ausnahmsweise zulassen (§ 119 RVO., §§ 91, 369 AVG., § 224 RKnG.). Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung ist der Pfändung überhaupt nicht unterworfen (§ 111 ArblVG.) und kann deshalb auch nicht abgetreten oder verpfändet werden (§§ 400, 1280 BGB.). Wohl aber kann der Vorsitzende des Arbeitsamtes die Auszahlung eines angemessenen Teiles der Arbeitslosenunterstützung an zuschlagsberechtigte Angehörige, deren Obhutträger oder an Vermieter anordnen (§ 175 Abs. 3, 4 ArblGV.). Das bürgerlichrechtlich an das Pfändungsverbot geknüpfte Aufrechnungsverbot (§ 394 BGB.) ist für die Sozialversicherung bedeutungslos, weil für die Leistungen der einzelnen Versicherungszweige über die Aufrechnung (die nur seitens des Versicherungsträgers in Betracht kommt, der die Leistungen schuldet) beschränkende und zugleich zulassende Sondervorschriften bestehen (§§ 223, 622, 930, 1065, 1324 RVO., §§ 92, 369 AVG., § 226 RKnG.). Sachlich die gleiche Bedeutung haben die Vorschriften über Anrechnung den Fürsorgeträgern erstatteter Beträge auf die Arbeitslosenunterstützung (§ 111a ArblVG.) und über Abzug unrechtmäßig genossener von der späteren Arbeitslosenunterstützung (§ 185, vgl. auch § 219).

§ 24. Zusammentreffen von Leistungen.

Grundsätzlich wird jedes Versicherungsverhältnis und jeder Versicherungsfall für sich allein beurteilt, so daß der Leistungsanspruch ohne Rücksicht auf andere Empfänge besteht. Das neuere Sozialversicherungsrecht ist aber mehr und mehr dazu übergegangen, die Leistungen in Anpassung an die Gesamtlage des Empfängers zu beschränken. Zusammentreffen von Leistungen mehrerer Versicherungsträger oder von mehreren Leistungen eines Versicherungsträgers und Zusammentreffen von Versicherungsleistungen mit anderen Empfängen kann zum Ruhen von Leistungen oder Leistungsteilen führen (s. § 21, 7a, S. 153; auch § 113 ArblVG.). Auch die Vorschriften über die Wanderversicherung (vgl. § 19 Anhang, S. 140) dienen dem sinnvollen Ineinandergreifen mehrerer Rentenversicherungsverhältnisse. Besonders augenfällig ist das Zusammentreffen zweier Versicherungsverhältnisse bei der Unfallverletzung und der Berufskrankheit, wo regelmäßig ein Wechselfall des Lebens Versicherungsfall für die Krankenversicherung und für die Unfallversicherung ist. Auf die gegenseitige Anpassung der Leistungen aus beiden Versicherungszweigen hat die Gesetzgebung von jeher Bedacht genommen. Durch das G. vom 14. Juli 1925 (RGBl. I S. 97) ist die Abgrenzung der Leistungen auf eine neue Grundlage gestellt worden. Das Ineinandergreifen der Kranken- und Unfallversicherungsleistungen ist nunmehr noch zu besprechen. Dabei ist vorauszusetzen, daß der Verletzte in beiden Zweigen versichert ist, was ja nicht immer der Fall zu sein braucht. Zunächst ist das Verhältnis des Verletzten zu den Versiche-

rungsträgern (1), sodann das Verhältnis der an den Leistungen beteiligten Versicherungsträger zueinander (2) zu erörtern. Jenes hat im Dritten, dieses im Fünften Buche der RVO. seine Regelung gefunden. Als Träger der Krankenversicherung kommen dabei ebenso wie Krankenkassen die Reichsknappschaft und die Ersatzkassen in Betracht (§§ 622a, 1543a RVO.).

1. Grundsätzlich hat der Verletzte vom Tage des Unfalles an Anspruch sowohl auf die Leistungen der Krankenversicherung (§ 557a RVO.) wie auf die der Unfallversicherung (§ 558). Er kann sich an einen der Versicherungsträger wenden, der dann seine Leistungen zu gewähren hat. Das gilt zunächst für die Sachleistungen, die in der Unfallversicherung umfassender sind als in der Krankenversicherung. Wegen der leichteren Erreichbarkeit der Krankenkasse wird der Versicherte oft zunächst deren Leistungen fordern, die diese als eigene nach ihrem Rechte zu gewähren hat (§ 559g Abs. 1). Der Verletzte kann aber auch den Anspruch auf die Leistungen der Unfallversicherung gegen deren Träger geltend machen. Dann kann dieser das Heilverfahren selbst übernehmen oder mit der Durchführung der Krankenbehandlung eine Krankenkasse beauftragen (§ 1510); damit erlischt die Leistungspflicht der Krankenkasse (§ 559g Abs. 2). Wird der Unfallversicherungsträger nicht vom Verletzten selbst in Anspruch genommen, erfährt er aber auf andere Weise (etwa durch Unfallanzeige, s. § 23 II 1, S. 178) von dem Versicherungsfall, so hat er sich pflichtmäßig zu entscheiden, ob er die Sachleistungen selbst übernehmen, eine Krankenkasse damit beauftragen oder aber die Heilbehandlung ohne weiteres in der Hand der Krankenkasse belassen will; bei der Entscheidung hierüber muß er darauf bedacht sein, daß dem Verletzten eine wirksame erste Hilfe (Frühbehandlung zwecks Abminderung der Unfallfolgen und Vermeidung von Rentenfällen) zuteil wird (§§ 848, 1030, 1199 RVO.), und untersteht einer besonders weitgehenden Aufsicht (§ 722 Abs. 2, §§ 985, 1185). Der Versicherte erhält trotz des Nebeneinander der Ansprüche gegen Kranken- und Unfallversicherungsträger keine Sachleistung doppelt (§§ 557a, 559g, 559i). Bei den Geldleistungen (soweit sie nicht abhängige Begleiterscheinungen von Sachleistungen sind) sind zunächst viele Fälle des Zusammentreffens dadurch ausgeschaltet, daß eine Rente aus der Unfallversicherung nicht gewährt wird, wenn die Erwerbsunfähigkeit nicht über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus dauert, und Krankengeld aus der Unfallversicherung für solche Leichtverletzte nur vorgesehen ist, wenn sie Krankengeld aus der Krankenversicherung nicht beanspruchen können (§ 559). Im übrigen — bei Verletzungen, die eine Erwerbsunfähigkeit über die 13. Woche hinaus verursachen — entsteht der Anspruch auf Rente oder das an deren Stelle tretende Krankengeld aus der Unfallversicherung mit Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ohne Wartezeit und daneben der Anspruch auf Krankengeld aus der Krankenversicherung mit der gewöhnlichen Wartezeit. Die Verpflichtung des Unfallversicherungsträgers zur Geldleistung beginnt aber bei Krankenversicherten erst mit dem tatsächlichen Wegfall des Krankengeldes aus der Krankenversicherung, spätestens jedoch mit der 27. Woche nach dem Unfall (§ 559c); insofern besteht für den Rentenanspruch doch (trotz der Aufhebung der dreizehnwöchigen allgemeinen Wartezeit des früheren § 558) eine Art Wartezeit. Die Geldleistung aus der Unfallversicherung reiht sich lückenlos an die Geldleistung der Krankenkasse. Doppelleistungen erhält der Verletzte auch dann nicht, wenn sein Krankengeldanspruch gegen die Krankenkasse über die 26. Woche hinaus besteht, denn sobald der Unfallversicherungsträger der Kasse anzeigt, daß er von einem bestimmten Tag an Rente oder Krankengeld gewähren werde, ermäßigt sich das Krankengeld aus der Krankenversicherung von diesem Tag an entsprechend (§ 559h, auch § 559i), und überdies kann der Unfallversicherungsträger die Leistungen der Krankenkasse dem Versicherten anrechnen (§ 557a). Insgesamt erhält der zwiefach Versicherte nur die jeweils höhere Leistung. Auch auf das bei Tötung zu gewährende Sterbegeld aus der Unfallversicherung kann der Versicherungsträger das Sterbegeld aus der Kranken-

versicherung anrechnen (§ 557a; bedenklich die Anrechnung des noch nicht gewährten Sterbegeldes nach Nr. 11 der Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 27. November 1925/21. Mai 1926, AN. 1925 S. 350, 1926 S. 285).

2. Im Verhältnis der Versicherungsträger untereinander findet ein Ausgleich der Aufwendungen statt, die wegen der beiden Versicherungszweigen gemeinsamen Versicherungsfälle entstehen (vgl. § 1504, ferner wegen des Verhältnisses der Unfallversicherungsträger zu anderen Verpflichteten §§ 1543b bis 1543d RVO.). Dabei ist gleichgültig, welcher von beiden Versicherungsträgern dem Versicherten die Leistungen erbracht hat. Bei der Lastenverteilung wird unterschieden zwischen wiederkehrenden Geldleistungen, zu denen hier auch die von Sachleistungen abhängigen Zahlungen und der Unterhaltsaufwand gehören, Aufwendungen für Heilverfahren (§ 1507) und Sterbegeld. Die Aufwendungen für das Heilverfahren gehen grundsätzlich zu Lasten des Unfallversicherungsträgers; in finanziell leichten Fällen aber, in denen der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld aus der Krankenversicherung vor Ablauf der 8. Woche nach dem Unfall — durch Genesung oder Tod — wegfällt, gehen die Aufwendungen bis zum Wegfall zu Lasten des Krankenversicherungsträgers, soweit sie nicht über dessen Leistungsmaß hinausgehen (§ 1505). Kommt kein Krankengeldanspruch zum Zuge, so dürfte anzunehmen sein, daß für die Lastenverteilung das Ende der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn auch diese nicht eingetreten war, das Ende der Heilbedürftigkeit maßgebend ist. Die Aufwendungen für wiederkehrende Geldleistungen während der ersten 8 Wochen nach dem Unfall gehen zu Lasten der Krankenkasse, soweit sie nicht das übersteigen, was nach Krankenversicherungsrecht zu leisten ist; dieser Mehrbetrag und die Aufwendungen vom Beginn der 9. Woche an gehen zu Lasten des Unfallversicherungsträgers, doch bleibt der Krankenkasse für die Zeit, in der der Unfallversicherungsträger zur Rentengewährung nicht verpflichtet ist, der zwei Drittel des Grundlohnes übersteigende Aufwand, für später der Aufwand zu tragen, der über das Leistungsmaß der Unfallversicherung hinausgeht (§ 1506). Das Sterbegeld aus der Krankenversicherung geht zu Lasten des Unfallversicherungsträgers, soweit es nicht das von diesem zu gewährende Sterbegeld übersteigt (§ 1508). Für Aufwendungen, die ein Versicherungsträger gemacht hat, die aber zu Lasten des anderen Versicherungsträgers gehen, kann er von diesem bei rechtzeitiger Geltendmachung Ersatz verlangen. Die Krankenkasse kann das für Heilaufwendungen nur, wenn sie rechtzeitig an den Unfallversicherungsträger Anzeige von der Vermutung eines Unfalls und von dem Beginne der Krankenpflege erstattet hat (§§ 1509, 1503). Die Aufwendungen werden in ihrer tatsächlichen Höhe ersetzt, soweit nicht das Reichsversicherungsamt bestimmt hat, daß Ersatz durch Pauschbeträge zu gewähren ist (§ 1513; dazu Bestimmungen vom 5. März 1927, AN. 1927 S. 220). Überdies geht der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld aus der Krankenversicherung auf den Unfallversicherungsträger bis zur Höhe der von diesem für dieselbe Zeit gewährten Geldleistungen über, wenn die Zahlung des Krankengeldes von der Krankenkasse zu Unrecht eingestellt wird (§ 559k). Über den Ausgleich und Ersatzanspruch hinaus bestehen zwischen Unfall- und Krankenversicherungsträgern weitere Beziehungen. Den Krankenkassen ist die Verpflichtung auferlegt, die Träger der Unfallversicherung bei deren Durchführung zu unterstützen. Die Unterstützungspflicht kann durch Bestimmungen des Reichsarbeitsministers oder des Reichsversicherungsamtes näher ausgestaltet werden (§ 1501; dazu V. des Reichsarbeitsministers vom 14. Juni 1926, RGBl. I S. 272, und Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 12. Oktober 1926, AN. S. 453). Gesetzlich ist den Krankenkassen insbesondere noch eine Auskunftspflicht (§ 1502) und die bereits erwähnte Anzeigepflicht (§ 1503) auferlegt. Außerdem kann der Unfallversicherungsträger mit der Durchführung der Krankenbehandlung und mit der Gewährung der gleichzeitigen Geldleistungen eine Krankenkasse beauftragen (§ 1510; dazu Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 27. Novem-

ber 1925, AN. S. 351). Für die Unterstützung hat der Unfallversicherungsträger die Krankenkasse zu entschädigen, die aus der Beauftragung erwachsenden Kosten hat er ihr zu ersetzen. Streit über Unterstützung und Auftrag wird vom Versicherungsamt im Beschlußverfahren endgültig, Streit über Ansprüche auf Ersatz oder Entschädigung wird im Spruchverfahren entschieden (§ 1512). Die Feststellung der Unfallversicherungsleistungen kann die Krankenkasse, auch über den Kopf des Versicherten hinweg und durch Rechtsmittel, betreiben (§ 1511). Zur Erleichterung des Zusammenwirkens zwischen den Berufsgenossenschaften und Krankenkassen haben deren Spitzenverbände das sogenannte Krankenkassenabkommen vom 12. März 1926 (abgedruckt in AN. 1926 S. 286, mit späteren Änderungen) abgeschlossen, das im Verhältnis zwischen den beitretenden einzelnen Versicherungsträgern als bürgerlichrechtlicher Vertrag wirksam wird, und zwar auch insoweit es von nichtzwingenden gesetzlichen Vorschriften abweicht.

§ 25. Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten.

Wenn auch die Sozialversicherung zu einer selbständigen Einrichtung gemacht und auf die Träger der verschiedenen Versicherungszweige zu selbständiger Erledigung übertragen ist, so führen doch die Versicherungsträger innerhalb der öffentlichen Verwaltung und innerhalb der gesellschaftlichen Ordnung überhaupt kein isoliertes Dasein. Die Durchführung ihrer Aufgabe bringt die Versicherungsträger in Beziehungen zueinander (I), zu anderen Subjekten öffentlicher Verwaltung (II) und zu Privatpersonen, die an der Herbeiführung des Versicherungsfalles mitbeteiligt sind (III). Diese Beziehungen sind hauptsächlich im Fünften Buche der RVO., daneben aber auch an anderen Stellen dieses Gesetzes und in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen geregelt. Für Ersatzkassen der Krankenversicherung gilt, was im Fünften Buche der RVO. für die Krankenkassen vorgeschrieben ist (§ 1543a RVO.).

I. Für die Versicherungsträger besteht allgemein eine Pflicht zu gegenseitiger Unterstützung auf Ersuchen, die die Gesetze als Rechtshilfe bezeichnen, die aber besser als Verwaltungshilfe zu kennzeichnen ist (§ 116 RVO., § 318 AVG., § 204 ArblVG., § 221 RKnG.). Bare Auslagen aller Art, die dabei erwachsen, sind von dem ersuchenden Versicherungsträger zu erstatten (§ 117 RVO., § 319 AVG., § 222 RKnG.; nicht auch im Verhältnis zur Reichsanstalt). Weiter bestehen gewisse Mitteilungspflichten, am allgemeinsten gegenüber der Reichsversicherungsanstalt (§ 318 AVG., ferner §§ 1503, 1522 RVO., §§ 105, 110 RKnG.). Sie dienen teilweise der Herbeiführung des Ruhens von Renten (s. § 21, 7a, S. 153). Andere Beziehungen ergeben sich zwischen Versicherungsträgern der einzelnen Arten. Die Beziehungen zwischen den Trägern der Kranken- und der Unfallversicherung (§§ 1501 bis 1513 RVO.) sind bereits bei dem Zusammentreffen der Leistungen beider Zweige mit dargestellt (vgl. § 24, 2). Im Verhältnis zwischen Kranken- und Invalidenversicherung ist bestimmt, daß die Krankenkasse der Versicherungsanstalt, die für die Dauer eines Heilverfahrens dem Versicherten die Leistungen seiner Krankenkasse zu gewähren hat, denjenigen Betrag zu ersetzen hat, den sie ohne das Heilverfahren an Krankengeld zu leisten gehabt hätte (§ 1518 RVO.). Die Versicherungsanstalt kann mit der Durchführung des Heilverfahrens in dem von ihr für geboten gehaltenen Umfang die letzte Krankenkasse des Versicherten beauftragen und hat ihr dann diejenigen Leistungen zu ersetzen, die ihrer Höhe oder Dauer nach über die eigene Verpflichtung der Krankenkasse hinausgehen (§ 1519). Streit über die Übertragung der Fürsorge wird vom Versicherungsamt im Beschlußverfahren endgültig, Streit über Ersatzansprüche wird im Spruchverfahren entschieden (§ 1520 RVO., vgl. auch § 105 RKnG.). Anders ist das Verhältnis zwischen Kranken- und

Angestelltenversicherung geregelt. Hier kann die Reichsversicherungsanstalt während des Heilverfahrens die Barempfänge des Versicherten aus der Krankenversicherung auf ihre Geldleistungen anrechnen (§ 46 AVG.), hat aber wegen des Heilverfahrens keinen Ersatzanspruch gegen den Krankenversicherungsträger (§§ 48, 49). Im Verhältnis zwischen Unfall- und Invalidenversicherung ist Vorkehrung getroffen, daß für die Kosten eines von der Versicherungsanstalt (oder der Reichsknappschaft als Trägerin der Invaliden- oder Pensionsversicherung) gewährten Heilverfahrens der Träger der Unfallversicherung ersatzpflichtig ist, wenn auch er dadurch in seiner Leistungspflicht entlastet worden ist (§§ 1524 bis 1526 RVO., § 105 RKnG.). Entsprechende Vorschriften für die Angestelltenversicherung fehlen auch hier.

II. Im Verhältnis zu anderen Personen des öffentlichen Rechts und deren Behörden besteht für die Versicherungsträger und deren Organe eine weitgehende Pflicht zur Rechts- und Verwaltungshilfe (§§ 115 bis 117 RVO., §§ 318f. AVG., § 204 ArblVG., §§ 220 bis 222 RKnG.). Mit gewissen, an sich den Versicherungsträgern obliegenden Geschäften können Träger und Behörden der allgemeinen Verwaltung, namentlich Gemeinden, dauernd betraut werden, insbesondere in der Krankenversicherung (§§ 318, 404 RVO.), in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (§§ 977, 1031) und in der Arbeitslosenversicherung (§§ 172, 175, 205 ArblVG.). Die sachliche Aufgabe der Versicherungsträger, gegen die wirtschaftlichen Folgen von Wechselfällen des Lebens Vorsorge zu treffen, bringt sie in Fühlung mit anderen Verwaltungssubjekten, die Hilfsbedürftigen Fürsorge gewähren. Unberührt durch die Einrichtung der Sozialversicherung bleiben die gesetzlichen Pflichten der Gemeinden und sonstigen Fürsorgeträger zur Unterstützung Hilfsbedürftiger (vgl. jetzt vor allem die FürsPflV.) und alle anderen auf Gesetz, Satzung, Vertrag oder letztwilliger Verfügung beruhenden Pflichten zur Fürsorge für die Sozialversicherten und ihre Hinterbliebenen (§ 1527 RVO., § 79 AVG., § 105 RKnG.). Die allgemeine öffentliche Fürsorge kann nach ihrem Recht insbesondere dort zum Eingreifen veranlaßt sein, wo der Hilfsbedürftige einen Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherung hat, diesen aber aus irgendwelchen Gründen nicht oder verspätet erhebt. Durch die Leistungen des Fürsorgeträgers werden die Ansprüche des Versicherten gegen den Versicherungsträger nicht beseitigt. Da aber der Versicherte aus der Häufung der Leistungen keinen Vorteil ziehen soll und da die öffentliche Fürsorge nach ihrer Grundvorstellung nur ergänzenden Charakter trägt, kann der Fürsorgeträger Ersatz seiner Aufwendungen aus denjenigen Ansprüchen fordern, die dem Fürsorgeempfänger für die Zeit der genossenen Unterstützung gegen einen Versicherungsträger zustehen. Der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers richtet sich unmittelbar gegen den Versicherungsträger. Er ist je nach der Art der Versicherungsleistung begrenzt (§§ 1531 bis 1537 RVO., §§ 80 bis 84 AVG., § 111a ArblVG., § 105 RKnG.). Soweit der Ersatzanspruch reicht, kann der Versicherungsträger dem Anspruche des Versicherten eine Einrede entgegenstellen, insbesondere die Einrede der Übertragung, die hier nicht durch den Gläubiger (als Abtretung), sondern durch den Schuldner erfolgt (s. § 23 III, S. 181). Die ersatzberechtigten Gemeinden und Fürsorgeträger können selbständig die Feststellung der Sozialversicherungsleistungen betreiben und Rechtsmittel einlegen (§ 1538 RVO., § 85 AVG., § 105 RKnG., vgl. § 178 Abs. 1 Satz 2 ArblVG.). Der Ersatzanspruch ist ausgeschlossen, wenn er nicht rechtzeitig bei dem Versicherungsträger geltend gemacht wird (§ 1539 RVO., § 86 AVG., § 105 RKnG., vgl. § 111a Satz 3 ArblVG.). Streit über Ersatzansprüche wird im allgemeinen im Spruchverfahren (§ 1540 RVO., § 105 Abs. 4 RKnG.), gegen die Reichsversicherungsanstalt im landesrechtlichen Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches fehlt, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde mit anschließendem Rekursverfahren nach §§ 20, 21 GewO. entschieden (§ 87 AVG.); gegenüber der Reichsanstalt fehlt es an einem allgemein geregelten Rechtsweg, so

daß mit dem Verfahren nach §§ 187ff. ArblVG. ausgeholfen werden muß. Die Vorschriften über die Ersatzansprüche der Fürsorgeträger gelten auch zugunsten von Betriebsunternehmern und Kassen, die statt jener zufolge gesetzlicher Verpflichtung Hilfbedürftige unterstützen (§ 1541 RVO., § 88 AVG., § 105 RKnG.) — eine ziemlich leerlaufende Bestimmung.

III. Das Bestehen der Sozialversicherung läßt grundsätzlich die Schadenersatzansprüche (meist bürgerlichrechtlicher Art) unberührt, die den Versicherten oder ihren Hinterbliebenen gegen Dritte wegen Herbeiführung des Versicherungsfalles nach gesetzlicher Vorschrift erwachsen. Nur durch die Unfallversicherung, die ja zugleich Versicherung der Unternehmer gegen Haftung für Betriebspersonenschäden ist, werden die Ansprüche der Versicherten und ihrer Hinterbliebener gegen die Unternehmer und ihre Bevollmächtigten usw. aus Betriebsunfällen und Betriebskrankheiten auf die Fälle eingeschränkt, in denen strafgerichtlich festgestellt wird, daß der Unternehmer usw. den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat, oder in denen wegen eines in der Person des Verpflichteten liegenden Grundes kein strafgerichtliches Urteil ergehen kann. Auch dann beschränkt sich die Verbindlichkeit des Unternehmers usw. gegenüber dem Geschädigten auf den Betrag, der die Leistungen der Unfallversicherung übersteigt (§§ 898 bis 900 RVO.). Das über den Schadenersatzanspruch erkennende bürgerliche Gericht ist an die Entscheidung der Versicherungsträger und Versicherungsgerichte über das Vorliegen eines Versicherungsfalles und über die Versicherungsleistungen gebunden und hat sein Verfahren bis zu dieser Entscheidung auszusetzen (§ 901). Das Verfahren zur Feststellung der Versicherungsleistungen können die gegebenenfalls Schadenersatzpflichtigen selbständig betreiben (§ 902). Dem Unfallversicherungsträger und anderen Stellen, die infolge des Unfalls nach Gesetz oder Satzung Aufwendungen machen, haftet der Unternehmer usw. bei vorsätzlicher oder qualifiziert fahrlässiger Herbeiführung des Unfalls für alles, was sie aufwenden müssen (§§ 903 bis 907). Wird hier die Schadenersatzpflicht Dritter durch das Sozialversicherungsrecht unmittelbar berührt und entsteht eine eigene Haftung gegenüber dem Versicherungsträger, so geht im übrigen der Ersatzanspruch des Versicherten oder seiner Familienangehörigen oder Hinterbliebenen in Höhe des Anspruches auf Versicherungsleistungen von Gesetzes wegen auf den Versicherungsträger über, und zwar in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherungsanspruch entsteht. Nur Ansprüche, die aus Schwangerschaft und Niederkunft erwachsen sind und die nicht eigentlich als Ansprüche aus unerlaubter Handlung angesehen werden können, verbleiben dem Versicherten (§§ 205c, 1542 RVO., § 89 AVG., § 218 ArblVG., § 105 RKnG.). Die Entscheidung nach Sozialversicherungsrecht, ob und in welchem Umfange der Versicherungsträger zu Leistungen verpflichtet ist, bindet das über den Schadenersatzanspruch erkennende bürgerliche Gericht (§ 1543 RVO., § 89 Abs. 2 AVG.). Die Reichsanstalt (bei der Krisenfürsorge das Reich und die Gemeinde) hat außerdem einen besonderen Schadenersatzanspruch gegen den Arbeitgeber, der vorsätzlich oder fahrlässig in der Arbeitsbescheinigung (§ 170 Abs. 2 ArblVG.) falsche oder unvollständige Angaben macht (§ 218a); der Anspruch kann mangels besonderer Vorschrift vor den ordentlichen bürgerlichen Gerichten geltend gemacht werden und ist als bürgerlichrechtlich anzusehen. Auch die Schadenersatzansprüche der Versicherten usw. verlieren durch den Übergang auf die Versicherungsträger nicht ihren bürgerlichrechtlichen Charakter und sind vor den bürgerlichen Gerichten durchzufechten (vgl. § 1543 RVO.). Ob die ordentlichen oder die Arbeitsgerichte zuständig sind, darüber entscheidet die jeweilige Entstehungsart des Anspruches (vgl. besonders § 2 Abs. 2 ArbGerG.).

Drittes Kapitel.

Innere Verwaltung der Versicherungsträger.

§ 26. Allgemeines.

Über die innere Verwaltung der Versicherungsträger enthalten die Sozialversicherungsgesetze keine allgemeinen Vorschriften. Wie bei der Verwaltung zu verfahren ist, ergibt sich in der Hauptsache aus den Bestimmungen über die innere Verfassung der Versicherungsträger (s. §§ 9, 10, S. 68ff) sowie über das Beitragswesen (§§ 14 bis 16, S. 115ff.) und über die Feststellung der Leistungen (§ 23 II, S. 177ff.). Eine Schranke für die Verwaltung bilden auch die Vorschriften über die Vermögensgebarung (vgl. § 27). Im Zusammenhange mit ihnen ist bestimmt, daß die Versicherungsträger der RVO. und die Reichsversicherungsanstalt nur die Geschäfte übernehmen dürfen, die ihnen das Gesetz überträgt (§ 25 Abs. 3 RVO., § 204 Abs. 3 AVG.). Das gleiche gilt unausgesprochen auch für die Reichsknappschaft. Nur die Reichsanstalt ist in dieser Beziehung freier gestellt. Sie darf über die gesetzlichen Aufgaben hinaus weitere Aufgaben zur Regelung des Arbeitsmarktes übernehmen, bedarf dazu aber der Zustimmung des Reichsarbeitsministers, der ihr auch von sich aus solche Aufgaben als eigene Angelegenheiten übertragen oder als Auftragsangelegenheiten auferlegen kann (§ 1 Abs. 2 ArblVG.). Viele Geschäfte können die Versicherungsträger nicht durch ihre Organpersonen erledigen. Bei der Gewährung von Sachleistungen wird die Heranziehung von Ärzten, anderen Behandlungspersonen, Krankenhäusern und Apotheken erforderlich, wofür besondere Vorschriften gelten (s. § 32, S. 223). Auch bei den sonstigen Geschäften der Versicherungsträger macht sich die Verwendung angestellten Personals notwendig, über dessen Beziehungen zu den Versicherungsträgern ebenfalls eigene Bestimmungen bestehen (s. § 33, S. 227). Die öffentlichrechtliche Aufsicht über die Versicherungsträger erstreckt sich auch auf deren innere Verwaltung (vgl. § 30 III, S. 210ff.).

§ 27. Vermögensgebarung.

Unter den Bestimmungen über die Vermögensgebarung der Versicherungsträger finden sich solche, die vorschreiben, für welche Zwecke und in welcher Weise Mittel verwendet werden dürfen (I), und solche über die Anlage nicht zu unmittelbarer Verwendung bereitzuhaltender Vermögensbestände (II).

I. 1. Mittel der Versicherungsträger dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden (§ 25 Abs. 1 RVO., § 204 Abs. 1 AVG.). Vorgeschrieben sind vor allem die Regelleistungen, zugelassen die Ersatz- und Mehrleistungen sowie Aufwendungen für allgemeine Krankheitsverhütung und Gesundheitsfürsorge (§§ 363, 1274 RVO., § 49a AVG., Abschn. C des G. vom 28. Juli 1925, RGBl. I S. 157). Nach Bestimmung des Reichsarbeitsministers dürfen Mittel der Versicherungsträger der RVO. für den Besuch von Versammlungen verwendet werden, die den gesetzlichen Zwecken der Sozialversicherung dienen (§ 25 Abs. 4 RVO.); hierauf oder auf dem früheren § 363 Abs. 2 RVO. beruht die Bildung der Spitzenverbände der Krankenkassen und sonstigen Versicherungsträger (§ 11 I 1c, S. 105). Einzelne Verwendungsmöglichkeiten sind bei den verschiedenen Arten von Versicherungsträgern besonders vorgesehen, so die Anstellung von Krankenschwestern bei Krankenkassen mit räumlich weit ausgedehntem Bezirk (§ 185a RVO., oben § 22 I 1d, S. 157). Der Erwerb von Grundstücken, sowie die Errichtung und Erweiterung von Gebäuden und die Einrichtung von Zahnkliniken, Erholungs- und Genesungsheimen, Kranken- und sonstigen Anstalten (sogenannten Ambulatorien) durch die Versicherungsträger bedarf der Genehmigung des Reichsversicherungsamtes, wenn dabei ein vom Reichsarbeitsminister festgesetzter Betrag überschritten wird (§§ 27d, 27e RVO., ähnlich § 210 AVG., § 142 RKnG.).

2. Über die Art und Weise der Mittelverwendung im allgemeinen ist von dem dafür zuständigen Organ des Versicherungsträgers, und zwar dem demokratischen Hauptorgan, ein Voranschlag oder Haushaltplan aufzustellen (§§ 321, 345, 704, 978, 1147, 1338, 1353, 1355 RVO., § 104 AVG., § 43 ArblVG.); bei den Berufsgenossenschaften und der Reichsknappschaft ist die Aufstellung nicht obligatorisch. Für die Rechnungsjahre 1932 und 1933 kann der Reichsarbeitsminister anordnen, daß auf die Träger der Sozialversicherung die Vorschriften der V. des Reichspräsidenten vom 1. Dezember 1930 (RGBl. I S. 517; II. Teil, Kap. I, § 5) über die Ausgabenbegrenzung (das sogenannte Plafondgesetz) anzuwenden sind. Nach Schluß des Geschäftsjahres (Kalenderjahr § 164 RVO., § 95 AVG.; bei der Reichsanstalt Haushaltjahr des Reiches, § 44 ArblVG.) ist die Jahresrechnung aufzustellen und von dem demokratischen Hauptorgan abzunehmen sowie der Aufsichtsbehörde einzuberichten (§§ 321, 342 Abs. 2 RVO. und dazu V. über die Prüfung der Krankenkassen vom 6. Mai 1931, RGBl. I S. 146, ferner §§ 345, 366, 367, 677, 686, 721, 972, 975, 977, 984, 1143, 1146, 1157, 1338, 1353, 1358 RVO., §§ 95, 104 AVG., §§ 45, 46 ArblVG., §§ 126, 141, 161 RKnG.).

II. Die Einnahmen und Ausgaben der Versicherungsträger sind gesondert von allen anderen Konten zu verrechnen, die Vermögensbestände gesondert zu verwahren (§ 25 Abs. 2 RVO., § 204 Abs. 2 AVG.). Eingehende Vorschriften bestehen über die Anlegung der verfügbaren Vermögensbestände, die verzinslich und nach Möglichkeit wertbeständig sein muß und nur in Werten bestimmter Art geschehen darf (§§ 26 bis 27c RVO., §§ 205 bis 209 AVG., § 142 RKnG.); für die Gelder der Reichsanstalt bestimmt deren Verwaltungsrat die Art der Anlage mit Zustimmung der Reichsregierung (§ 164 Abs. 2 ArblVG.). Die Reichsregierung bestimmt, in welcher Höhe das Vermögen der Versicherungsträger in Forderungen gegen das Reich usw. anzulegen ist (§ 27f RVO., § 211 AVG., § 142 RKnG.). Die Wertpapiere einer Krankenkasse , die nicht lediglich zur Anlegung nur zeitweilig verfügbarer Betriebsmittel dienen, verwahrt im allgemeinen der Gemeindeverband (§ 365 RVO.). Für die Berufsgenossenschaften kann das Reichsversicherungsamt Bestimmungen über die Aufbewahrung von Wertpapieren erlassen (§§ 717, 983, 1157).

III. Teil.

Die Geschäfte des Staates in der Sozialversicherung.

§ 28. Behördenordnung.

Da die Sozialversicherung eine öffentliche Angelegenheit und in der Hauptsache öffentlichrechtlich geregelt ist (s. § 2), hat der Staat Anlaß, sich um die Einrichtung auch nach ihrer Schaffung in mannigfacher Weise zu kümmern. Er erläßt und verbessert die grundlegenden und die in mehrfacher Abstufung vorgesehenen ausführenden Rechtssätze oder wirkt bei der Rechtssetzung der untersten Stufen wenigstens mit (§ 29). Trotz Ablastung der Durchführungstätigkeit auf die Versicherungsträger ist der Staat an der Verwaltung der Sozialversicherung beteiligt; insbesondere führt er öffentlichrechtliche Aufsicht über die Versicherungsträger (§ 30). Ferner übt er Rechtsprechung in streitigen Sozialversicherungssachen (§ 31). Zu all diesen Geschäften bedient der Staat sich einer ganzen Reihe verschiedener Behörden[1], die teils eigens für Aufgaben aus der Sozialversicherung gebildete Sonderbehörden (I), teils ohnehin vorhandene Behörden mit allgemeineren Aufgaben (II) sind, denen Zuständigkeiten auf dem Gebiete der Sozialversicherung eingeräumt sind.

I. Für die Zwecke obrigkeitlicher Betätigung des Reiches, der Länder und der Gemeinden und Gemeindeverbände auf dem Gebiete der Sozialversicherung, besonders auch gegenüber den ja zumeist rechtsfähigen Versicherungsträgern, bestehen Sonderbehörden, die sich durch die grundsätzliche Begrenztheit ihrer Aufgaben auf Sozialversicherungssachen von den allgemeinen Behörden der öffentlichen Verbände, insbesondere von den Behörden der allgemeinen Landesverwaltung, unterscheiden. Man kann sie insgesamt als Sozialversicherungsbehörden bezeichnen. Innerhalb ihrer Gesamtheit ist aber nochmals zu unterscheiden zwischen regelmäßigen[2] Sozialversicherungsbehörden, die in geschlossenem Aufbau verhältnismäßig umfassende Aufgaben aus der Sozialversicherung zu erledigen haben und in den Gesetzen die Bezeichnung „Versicherungsbehörden" führen (A), und besonderen Behörden, die — mehrfach in Anlehnung an die regelmäßigen — für eng

---

[1] Von den hier zu besprechenden „staatlichen", d. h. dem Reich, einem Land, einer Gemeinde usw. zugehörenden Behörden der Sozialversicherung sind die Verwaltungsstellen der Versicherungsträger zu unterscheiden, die, da diese selbst öffentliche Körperschaften sind, ebenfalls als Behörden bezeichnet werden können. Sie sind im Teil I mitbehandelt.

[2] Die naheliegende Bezeichnung dieser Behörden als „ordentliche" unterbleibt besser, weil es Behörden mit einer grundsätzlich umfassenden, nur in einzelnen Beziehungen und insbesondere durch das Dasein von Spezialbehörden eingeschränkten Zuständigkeit für Sozialversicherungsangelegenheiten nicht gibt, die Zuständigkeit auch der regelmäßigen Sozialversicherungsbehörden vielmehr immer nur aus Einzelvorschriften folgt (Enumerationsmethode). Der Zugang zu einer zuständigen Behörde ist also dem Beteiligten nicht unter allen Umständen gesichert, auch nicht bei Rechtsstreitigkeiten aus der Sozialversicherung; die Möglichkeit der Aufsichtsbeschwerde bietet keinen vollen Ersatz. Eine grundsätzlich lückenlose Zuständigkeit, wie sie wenigstens zur Rechtsstreitentscheidung die „ordentlichen" Gerichte im Zivil- und Strafrecht haben, ist der positiven Rechtsordnung darüber hinaus noch unbekannt. Für ein immerhin übersehbares Sondergebiet wie die Sozialversicherung wäre sie verhältnismäßig leicht herzustellen.

umschriebene Sonderaufgaben innerhalb eines Teilgebiets der Sozialversicherung errichtet sind oder errichtet werden können (B).

A. Als regelmäßige Sozialversicherungsbehörden bestehen die Versicherungsämter (1), die Oberversicherungsämter (2), das Reichsversicherungsamt (3) sowie Landesversicherungsämter (4)[1]. Sie sind im § 35 RVO. als „die öffentlichen Behörden der Reichsversicherung", in der Überschrift vorher und anderwärts als „Versicherungsbehörden" bezeichnet. Ihre grundlegende Regelung haben sie in der RVO. (§§ 35 bis 109) gefunden; sie wird ergänzt durch Vorschriften der anderen Hauptgesetze und durch Rechtsverordnungen über Geschäftsgang und Verfahren, die der Reichspräsident mit Zustimmung des Reichsrates (§ 35 Abs. 2 RVO.), der Reichsarbeitsminister nach Anhören der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§ 312 AVG.) oder eine sonstige Stelle (z. B. § 109 Abs. 1 RVO.) erläßt. Die Versicherungsbehörden sind organisiert als Behörden öffentlicher Gemeinwesen; sie sind entweder deren allgemeinen Behörden angegliedert (§§ 36, 64 RVO.) oder selbständige, aber natürlich der Hierarchie eingefügte Behörden (§§ 38, 64, 83, 105 RVO.). Sie bestehen aus Berufsbeamten, insbesondere einem beamteten Behördenvorstand, und aus ehrenamtlich tätigen Selbstverwaltungspersonen, entsprechen also dem Typus einer Behörde der sogenannten bürgerlichen Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltungspersonen sind Repräsentanten der Versicherten und ihrer Arbeitgeber; sie haben bei den wichtigeren Entschließungen der Versicherungsbehörden in gleicher Zahl (paritätisch) mitzuwirken. Ihre Auswahl geschieht mittelbar durch Wahlen der Selbstverwaltungspersonen in den Organen von Versicherungsträgern; die Besetzung der Selbstverwaltungsämter in den Versicherungsbehörden gestaltet sich teilweise verschieden nach dem Versicherungszweige, dem die zu erledigende Angelegenheit angehört. Alle Versicherungsbehörden mit Ausnahme der Landesversicherungsämter, die auf die Zweige der RVO. beschränkt sind, haben Zuständigkeiten in allen Zweigen der Sozialversicherung; im einzelnen wechselt der Zuständigkeitsumfang nach Versicherungszweig und Behördenart. Auch ist für Sachen aus der Angestellten-, Arbeitslosen- und Knappschaftsversicherung eine Auswahl unter den Versicherungs- und Oberversicherungsämtern getroffen. Den breitesten Raum in der Zuständigkeit der Versicherungsbehörden nimmt die Rechtsprechung ein; daneben tritt die Aufsichtstätigkeit hervor. Das Verfahren ist, besonders im VI. Buche der RVO., eingehend geregelt. Unterschieden werden Spruch- und Beschlußverfahren, die beide dem gewohnten Bild eines verwaltungsgerichtlichen Verfahrens entsprechen, von denen aber das Beschlußverfahren auch in Sachen der reinen Verwaltung Anwendung findet.

Den Oberversicherungsämtern und dem Reichsversicherungsamt sind die Versorgungsgerichte und das Reichsversorgungsgericht als Spruchbehörden, d. i. Verwaltungsgerichte, der Reichsversorgung angegliedert (§§ 6ff., 23ff. G. über das Verfahren in Versorgungssachen in der Fassung vom 20. März 1928, RGBl. I S. 71). Sie sprechen Recht in Streitigkeiten über Ansprüche aus dem Reichsversorgungsgesetz (Fassung vom 22. Dezember 1927, RGBl. I S. 515), dem Altrentnergesetz (Fassung vom gleichen Tage, S. 531), dem Kriegspersonenschädengesetz (ebenso S. 533), aus dem trotz Aufhebung (durch G. vom 10. Juli 1926, S. 402) noch fortwirkenden Reichsgesetz über die Schutzpolizei der Länder (vom 17. Juli 1922, S. 597), aus dem Reichswasserschutzversorgungsgesetz (vom 26. Februar 1926, S. 149), über gewisse Ansprüche aus dem Wehrmachtversorgungsgesetz (Fassung vom 19. September 1925, S. 349) und über Ansprüche aus den älteren Militärversorgungsgesetzen. Ansprüche und Rechtsmittel sind „bis auf weiteres" durch die Diktaturverordnungen vom 26. Juli 1930 (RGBl. I S. 311) und vom 5. Juni 1931 (S. 279) teilweise ausgeschlossen. Auf die Tätigkeit der Versicherungsbehörden als Versorgungsspruchbehörden ist in diesem Buche nicht einzugehen.

1. Die Versicherungsämter und demgemäß auch die höheren Versicherungsbehörden erstrecken sich mit ihren Bezirken über das ganze Reichsgebiet.

a) Ein Versicherungsamt wird grundsätzlich bei jeder unteren Verwaltungsbehörde für deren Bezirk errichtet. Doch kann die oberste Verwaltungsbehörde

[1] Verzeichnis der Versicherungsbehörden s. AN. 1927, S. 1ff.

des Landes (meist das Fachministerium) eine beschränkende Auswahl treffen; auch können die Regierungen (Gesamtministerien) mehrerer Länder die Errichtung gemeinsamer Versicherungsämter bei ausgewählten unteren Verwaltungsbehörden vereinbaren (§ 36 RVO.). Welche Behörden als untere Verwaltungsbehörden in Betracht kommen, insbesondere ob dies Landesbehörden oder Behörden von Gemeindeverbänden oder Einzelgemeinden sind, bestimmt die oberste Landesbehörde (§ 111 Abs. 1 Nr. 1 RVO.), wobei sie möglichste Angleichung an die Organisation der allgemeinen Landesverwaltung erstreben wird. Je nach der getroffenen Bestimmung sind die Versicherungsämter Landes-, Gemeindeverbands- oder Gemeindebehörden. Im allgemeinen sind sie unselbständige Abteilungen der unteren Verwaltungsbehörden, die auch für Errichtung und Inganghaltung zu sorgen haben; nur in Ländern, deren Behördenorganisation die Errichtung der Versicherungsämter bei den unteren Verwaltungsbehörden nicht zuläßt und in denen nur ein Oberversicherungsamt besteht, können die Versicherungsämter als selbständige Behörden nach näherer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde errichtet werden (§ 38 RVO.), die ihre Aufgabe, für den Betrieb des Amtes zu sorgen, auf eine andere Behörde übertragen kann (§ 110 RVO.). Die Kosten des Versicherungsamtes trägt das Land oder, wenn das Amt Kommunalbehörde ist, der Gemeindeverband, dessen Bezirk den des Versicherungsamtes umfaßt, wobei als Gemeindeverband nach Bestimmung der obersten Landesbehörde auch eine Einzelgemeinde gelten kann (§§ 59, 111 Abs. 1 Nr. 2 RVO.). Bei gemeinsamen Versicherungsämtern für Bezirke mehrerer unterer Verwaltungsbehörden bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde die Kostenverteilung. Die Kostenlast vermindert sich dadurch, daß der tragenden Kasse die von den Versicherungsträgern zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens in Spruchsachen, gewisse Geldstrafen, die einem Beteiligten wegen Mutwillens, Verschleppung oder Irreführung auferlegten Verfahrenskosten und gegebenenfalls Beiträge der Reichsknappschaft zufließen (§§ 59, 60 RVO. § 145 AVG.).

b) Jedes Versicherungsamt ist personell zusammengesetzt aus einem Vorsitzenden sowie Stellvertretern für ihn und aus Versicherungsvertretern. Außerdem müssen Hilfskräfte für die Geschäftserledigung, insbesondere zur Aufnahme der Niederschrift (§ 1672 RVO.) vorhanden sein, über die die Gesetze nichts sagen, für die aber die Verfahrensverordnung einige Bestimmungen enthält.

Vorsitzender des Versicherungsamtes ist gewöhnlich der Leiter der unteren Verwaltungsbehörde, bei selbständigen Versicherungsämtern der von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmte Behördenvorstand. Für den Vorsitzenden werden ein oder mehrere ständige Stellvertreter bestellt, die durch Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Reichsversicherung geeignet sein müssen. Die Bestellung der Stellvertreter obliegt bei den selbständigen Versicherungsämtern der obersten Verwaltungsbehörde oder der von ihr beauftragten Behörde, bei den im Rahmen einer unteren Verwaltungsbehörde bestehenden Versicherungsämtern dem Behördenvorstand oder dem Gemeindeverband (u. U. der Gemeinde), dessen Bezirk den des Versicherungsamtes umfaßt, wobei sich die Zuständigkeit zur Bestellung aus dem Kommunalverfassungsrecht ergibt. Der vom Gemeindeverband zu bestellende Stellvertreter bedarf gegebenenfalls der landesrechtlich für die Wahl der höheren gemeindlichen Beamten vorgeschriebenen Bestätigung. Außerdem bedarf die Bestellung der ständigen Stellvertreter durchweg der Zustimmung des Oberversicherungsamtes, soweit nicht diese Personen nach Landesrecht wie die höheren Verwaltungsbeamten bestellt werden (§ 39 RVO.). Auffällig ist, daß für Eignung und Auswahl der ständigen Stellvertreter schärfere Vorschriften in der RVO. enthalten sind als für die eigentlichen Vorsitzenden der Versicherungsämter, was wohl darin seine Erklärung findet, daß praktisch meist nur die Stellvertreter im Versicherungsamte tätig werden; überdies stellt meist das Landesrecht für die Leiter der unteren Verwaltungsbehörden gewisse Eignungserfordernisse auf. Andere als ständige Stell-

vertreter für die Vorsitzenden der Versicherungsämter sind im Gesetz nicht vorgesehen und dürfen nicht tätig werden. Die Vorsitzenden und ihre Stellvertreter sind Beamte. Ihre Rechtsstellung ist in den Sozialversicherungsgesetzen nicht näher geregelt; sie richtet sich nach Landesbeamtenrecht und gegebenenfalls Kommunalrecht. — Bei den in Angestelltenversicherungssachen zuständigen Versicherungsämtern (s. d) ist der Vorsitzende gewöhnlich zugleich Vorsitzender des Ausschusses für Angestelltenversicherung, doch kann ein besonderer Vorsitzender für den Ausschuß bestellt werden. Jedenfalls sind für den Vorsitzenden wieder ein oder mehrere ständige Stellvertreter zu bestellen. Der besondere Vorsitzende und seine ständigen Stellvertreter sollen außer der Eignung durch Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Reichsversicherung überhaupt besondere Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Angestelltenversicherung besitzen. Sie werden bestellt von der obersten Verwaltungsbehörde, in deren Bezirk das Versicherungsamt seinen Sitz hat, oder von einer von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmten anderen Behörde (§§ 133, 316 AVG.).

Die Versicherungsvertreter werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und aus Versicherten entnommen (§ 40 RVO., §§ 132, 232 AVG.). Für die Aufgaben aus der RVO., dem ArblVG. und dem RKnG. müssen bei jedem Versicherungsamt mindestens zwölf Versicherungsvertreter vorhanden sein; die Zahl kann bei Bedarf erhöht werden (§ 41 Abs. 1 RVO.). Diese Versicherungsvertreter werden gewählt von den Ausschußmitgliedern der Krankenkassen und den Vorstandsmitgliedern der Ersatzkassen, die im Bezirke des Versicherungsamtes mindestens fünfzig Mitglieder haben und sich rechtzeitig zur Teilnahme an der Wahl anmelden; nur für öffentlichrechtliche Krankenkassen mit Sitz im Versicherungsamtsbezirk ist eine Anmeldung nicht notwendig (§ 42 RVO.). Die Stimmenzahl der Kassen richtet sich nach der Zahl ihrer Mitglieder im Versicherungsamtsbezirk und wird auf die Zahl der Wahlberechtigten jeder Kasse gleichmäßig verteilt (§ 43 RVO.). Die Wahl geschieht in getrennten Gruppen der Versicherten- und der Arbeitgebervertreter (§ 44 RVO.) schriftlich nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf Grund von Vorschlagslisten wirtschaftlicher Vereinigungen von Arbeitnehmern oder von Arbeitgebern unter Leitung des Vorsitzenden des Versicherungsamtes nach einer von der obersten Verwaltungsbehörde erlassenen Wahlordnung (§ 45 RVO.). Wählbar sind nur volljährige Deutsche, die im Bezirk des Versicherungsamtes wohnen oder beschäftigt werden oder ihren Betriebssitz haben und die nicht in der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter oder in der Verfügung über ihr Vermögen durch gerichtliche Anordnung beschränkt sind. In der Arbeitgebergruppe wählbar sind Arbeitgeber, deren bevollmächtigte Betriebsleiter und solche Versicherte, die regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigen; in der anderen Gruppe sind wählbar Versicherte eines beliebigen RVO.-Zweiges, die höchstens regelmäßig zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, bei Versicherungsämtern an der Seeküste auch befahrene Schiffahrtskundige, die nicht Reeder oder dergleichen sind (§ 47 RVO.). Um dem Versicherungsamt die wünschenswerte allseitige Sachkunde zu sichern, sollen mit Rücksicht auf die Verschiedenheit der von den einzelnen Versicherungszweigen erfaßten Personenkreise die Versicherungsvertreter mindestens je zur Hälfte an der Unfallversicherung beteiligt sein (§ 48 RVO.). Ferner sollen bei der Wahl die hauptsächlichen Erwerbszweige, insbesondere die Landwirtschaft, und die verschiedenen Teile des Bezirkes berücksichtigt werden; auch soll je ein Drittel der Versicherungsvertreter am Sitze des Versicherungsamtes oder in dessen Nähe wohnen oder beschäftigt sein. Die oberste Verwaltungsbehörde kann hierüber Näheres oder davon Abweichendes bestimmen (§ 49 RVO.). Für Angelegenheiten der Angestelltenversicherung werden die dafür zuständigen Versicherungsämter mit besonderen Versicherungsvertretern ausgerüstet (§ 132 AVG.). Ihre Gesamtzahl bei einem Versicherungsamt beträgt mindestens zwanzig und kann erhöht werden (§ 134 Abs. 1

AVG.). Gewählt werden sie gruppenweise vom Verwaltungsrate der Reichsversicherungsanstalt (§ 135 AVG.). Über Wählbarkeit und Wahlverfahren gelten die gleichen Vorschriften wie für die Wahl zum Verwaltungsrat (s. § 10 III 2); Wahlleiter ist der Präsident der Reichsversicherungsanstalt (§ 136 AVG.). Bei der Wahl sollen die hauptsächlichen Berufszweige und die verschiedenen Teile des Versicherungsamtsbezirks berücksichtigt werden; die Hälfte der Versicherungsvertreter soll am Sitze des Versicherungsamtes oder in dessen Nähe wohnen oder beschäftigt sein. Von der Befugnis, hierüber Besonderes oder Abweichendes mit Zustimmung des Reichsrates zu bestimmen, hat der Reichsarbeitsminister bisher nicht Gebrauch gemacht (§ 137 AVG.). Wie die Versicherungsvertreter werden Stellvertreter für sie gewählt (§ 46 RVO., §§ 135, 136, 108 AVG.). Das Amt als Versicherungsvertreter ist unverträglich mit der Eigenschaft als besoldeter Beamter des Versicherungsamtes, als Versicherungsvertreter bei einem anderen Versicherungsamt, als Beisitzer bei einem Oberversicherungsamt oder als nichtständiges Mitglied beim Reichs-(Landes-)versicherungsamt (§ 41 Abs. 2 RVO., § 134 Abs. 2 AVG.). Die Wahlzeit aller Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern dauert wie die der Selbstverwaltungspersonen in den Organen der Versicherungsträger fünf Jahre; sie ist durch das G. vom 8. April 1927 gleichgelegt und erstreckt sich nach Ablauf des fünften Kalenderjahres bis zum Amtsantritt der Nachfolger. Die Neuwahl ist nach Beendigung der Wahlzeit von den neugewählten Wahlberechtigten unverzüglich vorzunehmen (§§ 50, 16, 16a Abs. 2 RVO., §§ 138, 112, 108 Abs. 1 AVG.). Kommt die Wahl nicht zustande, so beruft das Versicherungsamt die Versicherungsvertreter (§§ 50, 16b RVO., §§ 138, 127a AVG.). Wer als Arbeitgebervertreter gewählt oder berufen wird, kann das Amt nur aus den im Gesetz aufgezählten oder aus sonst wichtigen Gründen ablehnen (§§ 50, 17 RVO., §§ 138, 113 AVG.), widrigenfalls Ordnungsstrafe eintritt (§ 51 RVO., § 139 AVG.). Werden von einem Versicherungsvertreter Tatsachen bekannt, die seine Wählbarkeit ausschließen oder eine grobe Verletzung seiner Amtspflicht darstellen, so enthebt ihn das Versicherungsamt seines Amtes; dagegen ist Beschwerde an die Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes zulässig (§ 52 RVO., § 140 AVG.). Das Amt als Versicherungsvertreter ist unentgeltlich wahrzunehmendes Ehrenamt; bare Auslagen werden erstattet und den Versichertenvertretern Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst oder ihnen oder allen Versicherungsvertretern Pauschbeträge für Zeitverlust gewährt (§ 54 RVO., § 143 AVG.). Die Versicherungsvertreter werden vom Vorsitzenden des Versicherungsamtes vor der ersten Dienstleistung auf gewissenhafte Erfüllung ihrer Pflichten verpflichtet und stehen unter seiner Ordnungsstrafgewalt (§ 53 RVO., § 141 AVG.). Dem Arbeitgeber gegenüber genießen die Versichertenvertreter Schutz gegen außerordentliche Kündigung, wenn sie, wie sie verpflichtet sind, die Einberufung zu Sitzungen rechtzeitig anzeigen (§§ 50, 22 RVO., §§ 138, 116 AVG.).

c) Für die Versicherungsämter sind verschiedene Tätigkeitsformen vorgesehen. Sie können durch den Vorsitzenden oder einen seiner ständigen Stellvertreter allein, als monokratische Behörde tätig werden; ausnahmsweise kann auch ein Bureau- oder Kanzleibeamter die Ausfertigungen der Akte des Versicherungsamtes vollziehen oder einfache Verfügungen selbst erlassen (§§ 8, 10, aber auch § 12 V. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911, RGBl. S. 1107/14. Dezember 1923, RGBl. I S. 1199). In den vom Gesetze bestimmten Fällen, die alle wichtigeren Aufgaben des Versicherungsamtes umfassen, sind jedoch zur Verhandlung und Beschlußfassung Versicherungsvertreter beizuziehen, und das Amt wird dann als Kollegialbehörde, bestehend aus dem beamteten Vorsitzenden und ehrenamtlichen Beisitzern, tätig (§ 40 Abs. 1 RVO.). Dabei tritt aber nicht der ganze Bestand des Amtes an Versicherungsvertretern in Tätigkeit, sondern es werden — ähnlich wie die Kammern und sonstigen Spruchkörper bei den Gerichten — Aktionskörper gebildet, die hier die Bezeichnung „Ausschüsse"

führen. Jeder Ausschuß besteht aus dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes oder einem seiner Stellvertreter und je einem Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der Versicherten. Bei jedem Versicherungsamt sind vom Vorsitzenden ein oder mehrere Spruchausschüsse für die Sachen zu bilden, die die RVO. oder das RKnG. (§ 105 Abs. 4) dem Spruchverfahren überweist (§ 56 RVO.); die Verteilung und Zuziehung der Versicherungsvertreter geschieht nach der halbjährlich im voraus vom Vorsitzenden festgesetzten Reihenfolge (§ 1656 RVO., § 6 VerfV.). Für Sachen, die die RVO. oder das ArblVG. (§§ 85b, 145, 261) dem Beschlußverfahren zuweist, wird bei jedem Versicherungsamt ein Beschlußausschuß gebildet, dessen Beisitzer von den sämtlichen Versicherungsvertretern des Amtes gruppenweise aus ihrer Mitte gewählt werden (§ 57 RVO.). Bei den in der Angestelltenversicherung zuständigen Versicherungsämtern werden außerdem ein oder mehrere Ausschüsse für Angestelltenversicherung gebildet (§ 132 Abs. 2 AVG.), die sich wiederum nach ihrer Aufgabe und unter Umständen nach ihrer Organisation in Spruch- und Beschlußausschüsse gabeln; sind mehrere Ausschüsse für Angestelltenversicherung gebildet, so ist einer von ihnen Beschlußausschuß, und der Vorsitzende kann mit Zustimmung der höheren Verwaltungsbehörde anordnen, daß die Beisitzer für den Beschlußausschuß für Angestelltenversicherung wie die für den Beschlußausschuß der RVO. gewählt werden (§ 2 der Verfahrensordnung für die Ausschüsse der Angestelltenversicherung vom 21. Dezember 1922, RGBl. I S. 956/14. Dezember 1923, S. 1199). Zum Beschlußverfahren können nach Bestimmung der obersten Landesverwaltungsbehörde technische staatliche oder gemeindliche Beamte des Versicherungsamtsbezirks als Beiräte im Beschlußausschuß mit beratender Stimme zugezogen werden (§ 58 RVO., § 144 AVG.). Die Mitwirkung der Versicherungsvertreter beschränkt sich im Bereich der RVO. nicht auf den Beisitz in den Ausschüssen. Das Versicherungsamt kann auch einzelnen Versicherungsvertretern als seinen Vertrauensmännern bestimmte Amtshandlungen fallweise auftragen (§ 55 RVO.). In Sachen der Angestelltenversicherung tritt an die Stelle dieser Beauftragung eines Behördenmitgliedes die Erteilung von Aufträgen an die außerhalb des Versicherungsamtes stehenden Vertrauensmänner (s. § 10 III 1), also an Organe der Reichsversicherungsanstalt, die unter Umständen an dem Verfahren beteiligt ist (§ 119 AVG.). Insbesondere ist dabei an den Auftrag zur Einnahme eines Augenscheins außerhalb der mündlichen Verhandlung zu denken, worüber dann der Vertrauensmann in einfacheren Fällen allein eine Feststellung zu den Akten bringen oder einreichen kann (§ 11 VerfO.). Die Vorschriften zeigen, für wie locker die Gesetzgebung das soziologische Verhältnis der Vertrauensmänner als Organe zu der Reichsversicherungsanstalt als Organismus ansieht; Parteinahme für die Anstalt wird offenbar nicht befürchtet.

d) Die Zuständigkeit der Versicherungsämter erstreckt sich nach der allgemeinen Formel der RVO. auf die Wahrnehmung der Geschäfte der Reichsversicherung, die Unterstützung der Versicherungsträger in ihren Angelegenheiten und die Erteilung von Auskunft in Angelegenheiten der Reichsversicherung (§ 37 RVO.). Abgesehen von der Auskunfterteilung, die auch in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung stattfindet (§ 146 AVG.) und der keine erhebliche rechtliche Bedeutung zukommt, besteht aber keine allgemeine und unbeschränkte Zuständigkeit des Versicherungsamtes, ergibt sich die Zuständigkeit vielmehr nur aus den Einzelvorschriften der Gesetze. Wo das Versicherungsamt zuständig ist, ist es erste Instanz über dem Versicherungsträger; aber es ist nicht in allen Fällen die erste Instanz. Die Geschäfte der Sozialversicherung, die es wahrzunehmen hat, sind Geschäfte des Staates oder der sonstigen öffentlichen Verbände, und zwar solche der Verwaltung — der Aufsicht nur in der Krankenversicherung — und der Rechtsprechung, in geringem Umfang auch Mitwirkung bei der Rechtssetzung. Einzelaufzählung ist hier nicht möglich. Die vom Versicherungsamt wahrzunehmenden obrigkeitlichen Ge-

schäfte umfassen zunächst alle Zweige der in der RVO. geregelten Sozialversicherung („Reichsversicherung" im engeren Sinne, § 37 Abs. 1 RVO.). Darüber hinaus wird das Versicherungsamt (Beschlußausschuß), in der Arbeitslosenversicherung zur Prüfung der förmlichen und sachlichen Richtigkeit der Befreiungsanzeige (§ 85b ArblVG.), zur Verhängung von Maßregeln gegen zahlungsunfähige Arbeitgeber sowie im Beitragsstreit zwischen Arbeitgebern und Versicherten (§ 145 Abs. 3 ArblVG. in Verbindung mit §§ 398, 405 RVO.) und zur Verhängung von Ordnungsstrafen wegen Verletzung der Meldepflichten oder Nichterstattung der Befreiungsanzeige (§ 261 ArblVG.) tätig. In der Angestelltenversicherung sind in breitem Ausmaße diejenigen Versicherungsämter zuständig, die der Reichsarbeitsminister nach Anhören der Reichsversicherungsanstalt mit Zustimmung des Reichsrates durch V. vom 21. Dezember 1922 (RGBl. I S. 963)/28. März 1924 (S. 410) bestimmt hat (§ 132 Abs. 1 AVG.). In der Knappschaftsversicherung beschränkt die gesetzliche Zuständigkeit der Versicherungsämter sich auf die Entscheidung über Ersatzansprüche zwischen Reichsknappschaft und anderen Versicherungsträgern oder sonstigen Verpflichteten, wobei die örtliche Zuständigkeit besonders geregelt ist (§ 105 RKnG.). Darüber hinaus kann der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung der obersten Landesverwaltungsbehörde nach Anhören der Reichsknappschaft den Versicherungsämtern Aufgaben aus der knappschaftlichen Versicherung übertragen (§ 37 Abs. 3 RVO.), mit der Kostenfolge des § 60 RVO. Gesetzliche Zuständigkeitsvorschriften, insbesondere über die nach § 180 RKnG. zu bestellenden Ausschüsse (§§ 192, 193, 197 RKnG.), kann er nicht abändern. Auch die Unterstützung, die das Versicherungsamt den Versicherungsträgern in ihren Angelegenheiten zu leisten hat, gibt ihm kein allgemeines Recht zur Einmischung. Sie greift nur dort Platz, wo das Gesetz es vorschreibt. Das ist besonders bei der Feststellung der Leistungen durch den Versicherungsträger nach den Verfahrensvorschriften der RVO. der Fall (Unfalluntersuchung §§ 1559ff., Vorbereitung der Invalidensache durch das Versicherungsamt §§ 1617ff. RVO.). Gleichartige Mitwirkung des Versicherungsamtes am Verfahren über einen noch nicht streitig gewordenen Anspruch ist im AVG. vorgesehen (§§ 214ff.). Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung und Reichsknappschaft genießen keine solche Unterstützung der Versicherungsämter. — Die Zuständigkeit der Versicherungsämter kann beschränkt werden durch eine Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde, daß örtliche Geschäfte der Reichsversicherung von Gemeindebehörden an Stelle der Versicherungsämter erledigt werden sollen (§ 111 Abs. 1 Nr. 3 RVO.), und dadurch, daß die oberste Verwaltungsbehörde mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers Aufgaben des Versicherungsamtes überträgt auf Organe der Reichsknappschaft oder auf mindestens zur Hälfte aus geheim gewählten Versicherungsvertretern bestehende Organe von Betriebskrankenkassen, die für Betriebsverwaltungen und Dienstbetriebe des Reiches oder der Länder errichtet sind, oder von Sonderanstalten; hierbei dürfen aber Spruchbefugnisse nicht übertragen werden (§ 112 RVO.).

e) Das Verfahren des Versicherungsamtes ist entweder Spruch- oder Beschlußverfahren. Das Spruchverfahren findet nur statt, wo das Gesetz es ausdrücklich vorschreibt; alle anderen Sachen werden im Beschlußverfahren erledigt (§§ 1771, 1780 RVO.). Das Spruchverfahren ist seiner Struktur nach Rechtsprechungsverfahren und nur für Rechtsstreitigkeiten vorgesehen; in ihm wird das Versicherungsamt als Verwaltungsgericht tätig. Im Spruchverfahren tritt grundsätzlich der vollbesetzte Spruchausschuß in Tätigkeit; doch ist der Vorsitzende allein zur Vorbereitung der Sache (§ 1652 RVO.), zum Erlaß einer Vorentscheidung (§ 1657 RVO.) und in minder wichtigen Fällen zur selbständigen Entscheidung (§ 1661 RVO.) befugt. Das Beschlußverfahren findet in Verwaltungs- und in einzelnen Rechtsentscheidungssachen Anwendung. In ihm wird grundsätzlich der Vorsitzende allein tätig; doch ist vielfach durch Gesetz oder Verordnung die Mitwirkung des Beschlußausschusses vor-

geschrieben. Auch dann kann aber der Vorsitzende allein entscheiden oder verfügen, falls nicht ein Beteiligter das Tätigwerden des Beschlußausschusses verlangt (§ 1781 RVO.). Das Verfahren vor den Versicherungsämtern ist ergänzend geregelt durch die V. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1107)/14. Dezember 1923 (RGBl. I S. 1199) und die Verfahrensordnung für die Ausschüsse der Angestelltenversicherung vom 21. Dezember 1922 (RGBl. I S. 956)/14. Dezember 1923 (S. 1199). Gegen die Entscheidungen und Verfügungen der Versicherungsämter sind fast durchweg Rechtsmittel vorgesehen. Abgesehen hiervon unterstehen die Versicherungsämter der Dienstaufsicht der Landesverwaltungsbehörden, die mit der allgemeinen Aufsichtsbeschwerde angegangen werden können, aber zur Beachtung solcher Beschwerden nicht verpflichtet sind und in den geordneten Instanzenzug nicht eingreifen dürfen.

2. Bei den Oberversicherungsämtern sind die regelmäßigen, deren Bezirke in nur räumlicher Abgrenzung das ganze Reichsgebiet bedecken und die den Versicherungsämtern ihres Bezirks im Instanzenzug übergeordnet sind, zu unterscheiden von den besonderen, die für bestimmte Betriebsgruppen errichtet werden können und bei denen die räumliche Abgrenzung erst in zweiter Reihe steht. Als besondere Oberversicherungsämter bestehen nur Reichsbahnoberversicherungsämter (§ 16 Abs. 4 RBG. vom 13. März 1930, RGBl. II S. 369) und Knappschaftsoberversicherungsämter (§§ 199ff. RKnG.). Für sie gelten einige Sonderbestimmungen (§ 63 RVO.), im ganzen aber die gleichen Vorschriften wie für die regelmäßigen Oberversicherungsämter; beide Arten können deshalb gemeinsam dargestellt werden.

a) Ein (regelmäßiges) Oberversicherungsamt wird von der obersten Landesverwaltungsbehörde in der Regel für den Bezirk einer höheren Verwaltungsbehörde errichtet. Doch kann die oberste Verwaltungsbehörde den Bezirk anders abgrenzen; auch können die Regierungen mehrerer Länder für ihre Gebiete oder Teile davon ein gemeinsames Oberversicherungsamt errichten (§ 62 RVO.). Welche Behörden für die Bezirksabgrenzung als höhere Verwaltungsbehörden in Betracht kommen, bestimmt die oberste Landesverwaltungsbehörde (§ 111 Abs. 1 Nr. 1 RVO.). Sie trifft auch darüber Entschließung, ob die Oberversicherungsämter an höhere Reichs- oder Landesbehörden anzugliedern oder als selbständige Landesbehörden zu errichten sind (§ 64 RVO.), und bestimmt ihre Sitze (§ 65 RVO.). Das Ergebnis ihrer organisatorischen Arbeit teilt sie dem Reichsversicherungsamte zur Veröffentlichung mit (§ 66 RVO.). Die Kosten der regelmäßigen Oberversicherungsämter tragen die Länder; ihnen fließen von den beteiligten Versicherungsträgern aufzubringende Pauschbeträge für jede Spruchsache, gewisse Geldstrafen und besonders auferlegte Verfahrenskosten zu (§ 80 RVO., § 30 Abs. 4 ArblVG.). Besondere Oberversicherungsämter können von der obersten Verwaltungsbehörde errichtet werden für Betriebsverwaltungen und Dienstbetriebe des Reiches oder der Länder, die eigene Betriebskrankenkassen haben, und für Gruppen von Betrieben, für deren Beschäftigte die Invalidenversicherung von Sonderanstalten besorgt wird (§ 63 RVO.); beide Voraussetzungen treffen vielfach zusammen (vgl. § 1360 RVO.). Von dieser Möglichkeit ist unmittelbar kein Gebrauch gemacht. Wohl aber bestehen als besondere Oberversicherungsämter die Reichsbahnoberversicherungsämter auf Grund des § 16 Abs. 4 RBG., wonach die Deutsche Reichsbahn-Gesellschaft für sich und ihre Bediensteten die Sonderstellung in Anspruch nehmen kann, die für Verwaltungen oder Betriebe des Reiches und deren Bedienstete auf dem Gebiete des Versicherungsrechtes besteht. Die Reichsbahnoberversicherungsämter sind Behörden der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft. Die Kosten dafür fallen der Gesellschaft (einer rechtsfähigen öffentlichen Anstalt des Reiches) zur Last; ihr fließen die Einnahmen zu (§ 81 Abs. 1 RVO.). Weitere besondere Oberversicherungsämter sind die Knappschaftsoberversicherungsämter, deren Bildung nach näherer Bestimmung des Reichs-

arbeitsministers im § 199 RKnG. vorgeschrieben ist. Sie sind Landesbehörden. Ihre Kosten trägt das Land, in dem ihr Sitz ist; sie werden ihm von der Reichsknappschaft und den sonst beteiligten Versicherungsträgern erstattet (§ 201 RKnG. entsprechend § 81 Abs. 2 RVO.; vgl. noch den Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Knappschaftsoberversicherungsämter vom 7./16. Januar 1924, Reichsanzeiger Nr. 23/51 vom 28. Januar/29. Februar 1924, und die V. über die Tragung der Kosten der Knappschaftsoberversicherungsämter vom 30. Januar 1924, RGBl. I S. 41).

b) Jedes Oberversicherungsamt ist zusammengesetzt aus Mitgliedern, Beisitzern und (§ 68 RVO., § 148 AVG., § 199 RKnG.) Hilfskräften.

Die Mitglieder des Oberversicherungsamtes sind Berufsbeamte des Landes, von dem das Amt errichtet ist, bei den Reichsbahnoberversicherungsämtern Reichsbahnbeamte. Unter den Mitgliedern tritt der Behördenvorstand hervor. Ist das Oberversicherungsamt an eine höhere Reichs- oder Landesbehörde angegliedert, so ist deren Leiter ohne besondere Bestellung zugleich Vorsitzender des Oberversicherungsamtes. Für ihn wird aus den übrigen Mitgliedern ein ständiger Stellvertreter mit der Dienstbezeichnung Direktor des Oberversicherungsamtes bestellt (§ 67 RVO.). Ist das Amt als selbständige Behörde errichtet, so ist eines seiner bestellten Mitglieder ebenfalls sein Direktor. Außer dem Direktor muß bei jedem Oberversicherungsamt noch mindestens ein weiteres Mitglied vorhanden sein, das zugleich Stellvertreter des Direktors ist. Darüber hinaus wird für jedes Mitglied mindestens ein Stellvertreter bestellt (§ 69 Abs. 1, 2 RVO.). Bei den in der Angestelltenversicherung zuständigen Oberversicherungsämtern, die an höhere Reichs- oder Landesbehörden angegliedert sind, ist deren Leiter zugleich Vorsitzender der Kammer für Angestelltenversicherung und ein Direktor des Amts dessen ständiger Stellvertreter. Mindestens ein weiteres Mitglied des Amtes muß als Stellvertreter des Direktors für die Kammer für Angestelltenversicherung, und für jedes solche Mitglied muß wiederum mindestens ein Stellvertreter bestellt werden. Die Vorsitzenden dieser Kammern und deren Stellvertreter sollen durch Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Reichsversicherung geeignet sein und besondere Kenntnisse und praktische Erfahrung in der Angestelltenversicherung besitzen (§ 149 AVG.). Für die in der Arbeitslosenversicherung zuständigen Oberversicherungsämter und die Knappschaftsoberversicherungsämter gelten nur die allgemeinen Vorschriften. Die bestellten Mitglieder der Oberversicherungsämter werden im Hauptamt oder für die Dauer des Hauptamtes aus der Zahl der öffentlichen Beamten, die Direktoren auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich ernannt (§ 69 Abs. 2 RVO.). Das Gesetz geht davon aus, daß die Tätigkeit im Oberversicherungsamt die Haupttätigkeit seiner Mitglieder bildet. Doch kann die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen, daß dem Direktor noch andere Dienstgeschäfte übertragen werden und daß die übrigen Mitglieder, bei besonderen Oberversicherungsämtern auch der Direktor, das Amt im Nebenberuf ausüben (§ 70 RVO., § 150 AVG.); das letztere hat vor allem für die nichtständigen Stellvertreter von Mitgliedern Bedeutung.

Die Beisitzer, die den Versicherungsvertretern bei den Versicherungsämtern entsprechen, werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und Versicherten entnommen (§ 71 RVO., § 151 AVG.). Ihre Zahl beträgt für die Aufgaben aus RVO., ArblVG. und RKnG. regelmäßig vierzig; sie kann von der obersten Verwaltungsbehörde erhöht oder vermindert werden (§ 71 Abs. 2 RVO.). Diese Beisitzer werden für die regelmäßigen Oberversicherungsämter gruppenweise getrennt gewählt von den Arbeitgebermitgliedern und Versichertenmitgliedern der Ausschüsse der Versicherungsanstalten (s. oben § 10 II 1), zu deren Bezirk das Amt gehört; für die Wahlen gelten die allgemeinen Grundsätze (§§ 73, 74, 76 RVO., s. oben 1 b) und die Wahlordnung vom 7. Dezember 1927 (AN. S. 545). Über die Wahl der Beisitzer für die besonderen Oberversicherungsämter enthalten § 75 RVO. und § 199 RKnG. besondere Vorschriften. Die in der Angestelltenversicherung zuständigen Oberversicherungs-

ämter erhalten dafür mindestens zwölf Beisitzer aus Vertretern der Versicherten der Angestelltenversicherung und ihrer Arbeitgeber, die vom Verwaltungsrat der Reichsversicherungsanstalt wie die Versicherungsvertreter der Angestelltenversicherung bei den Versicherungsämtern gewählt werden (§§ 151, 152 AVG., oben 1 b). Von den Inkompatibilitäten des Beisitzeramtes im Oberversicherungsamt ist nur die mit der nichtständigen Mitgliedschaft im Reichs- oder Landesversicherungsamt hervorgehoben (§ 71 Abs. 3 RVO., § 151 Abs. 3 AVG.; vgl. aber § 41 Abs. 2 RVO., § 134 Abs. 2 AVG.). Die persönliche Rechtsstellung der Beisitzer ist die gleiche wie die der Versicherungsvertreter (§ 76 RVO., § 152 AVG., oben 1 b).

Die erforderlichen Hilfskräfte werden dem Oberversicherungsamte von der obersten Verwaltungsbehörde beigegeben, die auch die Geschäftsräume beschafft. Die Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten haben die Rechte und Pflichten der Reichs- oder Landesbeamten, wenn sie im Hauptamt oder nicht nur vorübergehend oder zur Vorbereitung beschäftigt werden; der Vorsitzende verpflichtet sie auf gewissenhafte Erfüllung der Amtspflichten, soweit sie nicht bereits durch einen Diensteid verpflichtet sind (§ 79 RVO., § 155 AVG.). Im übrigen können bei den Oberversicherungsämtern privatrechtliche Angestellte beschäftigt werden.

c) Die Tätigkeitsformen der Oberversicherungsämter entsprechen im Grundsatz denen der Versicherungsämter (oben 1 c). Für die Alleintätigkeit eines beamteten Mitglieds in Beschlußsachen ist eine im voraus aufzustellende Geschäftsverteilung vorgesehen (§ 7 V. über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911, RGBl. S. 1095/14. Dezember 1923, RGBl. I S. 1198). Ausfertigungen können unter Umständen von Bureau- oder Kanzleibeamten unterzeichnet werden (vgl. §§ 38, 42 a. a. O.). Die Kollegien, in denen das Oberversicherungsamt meist tätig wird, heißen Kammern. Nach der RVO. bilden die regelmäßigen wie die besonderen Oberversicherungsämter Spruchkammern aus einem Mitglied und je einem Beisitzer der Arbeitgeber und der Versicherten (§ 77 RVO.) und Beschlußkammern aus dem Vorsitzenden des Amtes, einem zweiten Mitglied und zwei Beisitzern, von denen je einer sowie Stellvertreter für ihn von den Beisitzern der Arbeitgeber und den Beisitzern der Versicherten aus ihrer Mitte gewählt wird (§ 78 RVO.). Ferner werden bei den in der Arbeitslosenversicherung zuständigen Oberversicherungsämtern Spruchkammern für Arbeitslosenversicherung aus je einem Mitglied des Amtes, einem Beisitzer der Arbeitgeber und einem Beisitzer der Versicherten gebildet (§ 30 ArblVG.). Für die Angestelltenversicherungssachen werden bei den dafür zuständigen Oberversicherungsämtern Spruchkammern für Angestelltenversicherung aus einem dafür bestellten Mitglied und je einem der eigens gewählten Beisitzer der Arbeitgeber und der Versicherten (§ 153 AVG.) sowie Beschlußkammern für Angestelltenversicherung gebildet, die aus dem für die Angestelltenversicherung bestellten Vorsitzenden, einem zweiten solchen Mitglied und paritätisch aus zwei Beisitzern der Kammern für Angestelltenversicherung bestehen (§ 154 AVG.). In den Beschlußkammern gibt bei Stimmengleichheit der Vorsitzende den Ausschlag (§ 78 Abs. 3 RVO., § 154 Abs. 3 AVG.).

d) Die Zuständigkeit der Oberversicherungsämter ist in § 61 RVO. dahin umschrieben, daß sie nach den Vorschriften des Gesetzes die Geschäfte der Reichsversicherung als höhere Spruch-, Beschluß- und Aufsichtsbehörde wahrnehmen (vgl. § 200 RKnG.). Bei der Abweichung dieser Formel von der in § 37 RVO. für die Versicherungsämter gebrauchten liegt, abgesehen von dem Wegfall der Auskunfterteilung, der Ton darauf, daß die Oberversicherungsämter höhere Fachbehörden sind. Auch bei ihnen ergibt die wirkliche Zuständigkeit sich nur aus den Einzelvorschriften der Gesetze. Das Oberversicherungsamt ist vielfach zweite Instanz gegenüber den in seinem Bezirk sitzenden Versicherungsämtern (s. § 1676 RVO.), vielfach aber auch erste staatliche Instanz. Seine Tätigkeit erstreckt sich auf Rechtsprechung, Verwaltung und Mitwirkung bei der Rechtssetzung. Im Rahmen der RVO. ist das Ober-

versicherungsamt insbesondere im Spruchverfahren zur Feststellung der Leistungen Berufungsinstanz gegenüber dem Versicherungsamt in Krankenversicherungssachen und erste staatliche Instanz gegenüber den Verwaltungsakten der Versicherungsträger (wennschon das hiergegen gerichtete Rechtsmittel an das Oberversicherungsamt als Berufung bezeichnet wird) in Sachen der Unfall- und Invalidenversicherung (§ 1675 RVO.); staatliche Aufsicht nimmt es nur gegenüber den Krankenkassen, teils als zweite, teils als als erste Instanz wahr (§§ 377, 372ff. RVO.). In der Angestelltenversicherung sind diejenigen Oberversicherungsämter, die der Reichsarbeitsminister in der oben (bei 1d) erwähnten Verordnung bezeichnet hat, zuständig als erste Rechtsprechungsinstanz auf Berufung gegen Leistungsbescheide der Reichsversicherungsanstalt (§§ 147, 252 AVG.) und als Beschwerdeinstanz im Beschlußverfahren (§ 290 AVG.). Für die Arbeitslosenversicherung sind diejenigen Oberversicherungsämter, in deren Bezirk ein Landesarbeitsamt seinen Sitz hat oder bei denen sonst die oberste Landesbehörde mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers Spruchkammern für Arbeitslosenversicherung errichtet hat, zuständig zur Entscheidung über Berufungen gegen Entscheidungen der Spruchausschüsse (§§ 30, 180 ArblVG.), außerdem alle Oberversicherungsämter als Beschwerdeinstanz gegenüber den Versicherungsämtern (§§ 85b, 145, 261 ArblVG.). In der Knappschaftsversicherung sind nur die Knappschaftsoberversicherungsämter und nur als Spruch- und Beschlußbehörden für die Versicherungsleistungen sowie für Ersatzansprüche zuständig (§§ 200, 105 RKnG.).

e) Für das Verfahren des Oberversicherungsamtes gilt im wesentlichen das gleiche wie für das des Versicherungsamtes (§ 1679 RVO., s. oben 1e). Doch findet im Spruchverfahren keine Alleinentscheidung des Vorsitzenden statt (§ 1691 RVO.). Im Beschlußverfahren muß immer dann die Beschlußkammer tätig werden, wenn vorher der Beschlußausschuß entschieden hatte (§ 1781 RVO.). Rechtsmittel (Revision, Rekurs, Beschwerde und weitere Beschwerde) gegen Entscheidungen der Oberversicherungsämter sind nur in beschränktem Umfange gegeben. Wo sie ausgeschlossen sind, das Oberversicherungsamt aber von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes oder des ihm übergeordneten Landesversicherungsamtes abweichen will oder es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, ist zwecks Wahrung und Herbeiführung der Rechtsanwendungseinheit Abgabe an das Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt vorgeschrieben, das in der Sache selbst entscheiden, sich aber auch auf die Entscheidung der grundsätzlichen Rechtsfrage beschränken kann (§§ 1693, 1799 RVO., §§ 269, 287 AVG., vgl. § 182 ArblVG.). Ergänzende Vorschriften über das Verfahren enthalten die V. über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1095)/14. Dezember 1923 (RGBl. I S. 1198), die Verfahrensordnung für die Kammern der Angestelltenversicherung vom 21. Dezember 1922 (RGBl. I S. 959)/14. Dezember 1923 (S. 1199) und die V. über Geschäftsgang und Verfahren der Knappschaftsoberversicherungsämter vom 8. Dezember 1923 (RGBl. I S. 1184). Die Oberversicherungsämter unterstehen, unbeschadet ihrer Unabhängigkeit in Rechtsprechungssachen (Art. 102 RV.), der Aufsicht der obersten Verwaltungsbehörde (§ 79 Abs. 1 RVO., § 155 Abs. 1 AVG.), die auch diese Zuständigkeit auf andere Behörden übertragen kann (§ 110 RVO., § 316 AVG.).

3. Das Reichsversicherungsamt mit dem Sitz in Berlin ist eine dem Reichsarbeitsminister als oberster Reichsbehörde unterstellte höhere Reichsbehörde; es ist die oberste Fachbehörde (Spruch-, Beschluß- und Aufsichtsbehörde) der Reichsversicherung (§ 83 RVO., § 202 RKnG.). Seine Zuständigkeit erstreckt sich auf das ganze Reichsgebiet und greift in alle Zweige der Sozialversicherung ein, wird aber teilweise durch die der Landesversicherungsämter (unten 4) ausgeschlossen. Die Kosten des Reichsversicherungsamtes trägt das Reich, dem Erstattungsbeträge

von der Reichsversicherungsanstalt (§§ 167, 145 AVG.) und der Reichsknappschaft (§ 202 Abs. 3 RKnG.), Gebühren, gewisse Geldstrafen und besonders auferlegte Verfahrenskosten zufließen (§ 104 RVO.).

a) Das Reichsversicherungsamt besteht aus ständigen und nichtständigen Mitgliedern sowie Hilfskräften (§ 85 RVO., § 159 AVG.). Außerdem werden zu den Spruchsenaten richterliche Beamte hinzugezogen. Im Spruchsenat für Arbeitslosenversicherung können auch Mitglieder der Hauptstelle der Reichsanstalt (§ 31 ArblVG.), im Senat für Berufskrankheiten müssen Ärzte tätig werden (§ 13 V. vom 11. Februar 1929, RGBl. I S. 27).

Die ständigen Mitglieder sind Reichsbeamte. Sie werden auf Lebenszeit vom Reichspräsidenten auf Vorschlag des Reichsrates ernannt. In dieser Weise wird auch der Präsident des Reichsversicherungsamtes ernannt. Die übrigen Inhaber hervorgehobener Stellen (Direktoren, Senatspräsidenten) ernennt der Reichspräsident ohne Reichsratsvorschlag aus dem Kreise der ständigen Mitglieder (§ 86 RVO.). Von den ständigen Mitgliedern des Amtes bezeichnet der Reichsarbeitsminister diejenigen, die in den Senaten für Angestelltenversicherung tätig werden; diese sollen besondere Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Angestelltenversicherung besitzen (§ 160 AVG.). Auch für den Spruchsenat für Arbeitslosenversicherung trifft der Reichsarbeitsminister die Auswahl unter den ständigen Mitgliedern unter Berücksichtigung besonderer Kenntnisse und praktischer Erfahrungen in der Arbeitslosenversicherung oder Erwerbslosenfürsorge (§ 31 ArblVG.). Die im Senat für Berufskrankheiten tätigen ständigen Mitglieder bestellt ebenfalls der Reichsarbeitsminister, aber ohne besonderes Eignungserfordernis (§ 13 Abs. 2 V. vom 11. Februar 1929). Im übrigen ist die Verwendung der ständigen Mitglieder zu den verschiedenen Tätigkeiten des Amtes Sache der inneren Geschäftsverteilung (vgl. bes. § 2 V. über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamtes vom 24. Dezember 1911, RGBl. S. 1083, mit mehrfachen Änderungen). Hierbei ist zu beachten, daß die in den Knappschaftssenaten tätigen Senatspräsidenten in der Regel besondere Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiete des Bergwesens und der knappschaftlichen Versicherung besitzen sollen (§ 202 Abs. 2 RKnG.; Übergangsbestimmung Art. 48 EG. RKnG.).

Unter den nichtständigen Mitgliedern sind die vom Reichsrat gewählten und die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten zu unterscheiden (§ 87 RVO.); die letzteren entsprechen den Versicherungsvertretern und Beisitzern auf den unteren Behördenstufen. Vom Reichsrat, der hierzu als föderalistisches Organ des Reiches berufen ist, werden zunächst acht nichtständige Mitglieder gewählt, davon mindestens sechs „aus seiner Mitte", was staatsrechtlich reichlich ungenau ist. Wählbar dürften hiernach sowohl die ordentlichen wie die ständigen stellvertretenden Regierungsdelegierten wie auch die preußischen Provinzialdelegierten sein; praktisch dürfte die Wahl vorwiegend auf stellvertretende Regierungsdelegierte mit Landesbeamteneigenschaft fallen. Die Rechtsstellung der Gewählten wird durch die Wahl nur um eine Amtsfunktion, nicht um eine Eigenschaft vermehrt; die nichtständige Mitgliedschaft im Reichsversicherungsamt ist Teil der reichsrätlichen Organstellung. Anders bei den beiden nichtständigen Mitgliedern, die der Reichsrat von außerhalb seines Kreises wählen kann; ihre Rechtsstellung kann sich von Fall zu Fall verschieden gestalten. Soziologisch bedeutet übrigens die Wahl eines stellvertretenden Regierungsdelegierten schon einen Übergang von der Wahl aus der Mitte des Reichsrates zur Wahl von außerhalb. Aus dem Kreise der von ihm gewählten acht nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamtes bezeichnet der Reichsrat diejenigen, die in die (Beschluß-)Senate für Angestelltenversicherung eintreten; erforderlichenfalls kann hierbei die Zahl acht um höchstens zwei vermehrt werden, wobei die Zugewählten aus der Mitte des Reichsrates oder von außerhalb genommen werden können (§ 162 AVG.). Die vom Reichsrat gewählten nichtständigen Mit-

glieder werden vom Reichsarbeitsminister vor der ersten Dienstleistung auf gewissenhafte Erfüllung ihrer Pflichten verpflichtet (§ 97 RVO., § 163 AVG.). Weitere nichtständige Mitglieder, und zwar vierundzwanzig nach der RVO. und zwölf nach dem AVG. sowie Stellvertreter für sie, werden je zur Hälfte als Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten gewählt. Im Rahmen der RVO. sind gruppenweise wahlberechtigt die Arbeitgebermitglieder und die Versichertenmitglieder in den Ausschüssen der (Landes-)Versicherungsanstalten und in den entsprechenden Vertretungen der Sonderanstalten mit Ausnahme der Reichsknappschaft, bei den Sonderanstalten der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft gegebenenfalls auch die Versichertenvertreter im Vorstand (§ 89 RVO.). Wählbar sind nur Deutsche, die nicht in der Ämterfähigkeit oder Vermögensverfügung beschränkt sind (§ 92 RVO.), wählbar als Arbeitgebervertreter die stimmberechtigten Mitglieder der Berufsgenossenschaften, deren gesetzliche Vertreter, die bevollmächtigten Leiter ihrer Betriebe und die Beamten solcher Betriebe, für die eine Ausführungsbehörde bestellt ist, sowie Arbeitgeber, die Mitglied im Ausschuß einer Versicherungsanstalt oder in der entsprechenden Vertretung einer Sonderanstalt sind (§ 93), wählbar als Versichertenvertreter die nach der RVO. gegen Unfall Versicherten sowie Versichertenmitglieder im Ausschuß einer Versicherungsanstalt und für den Bereich der See-Unfallversicherung befahrene Schiffahrtskundige ohne Arbeitgebereigenschaft (§ 94.). Die Wahl ist Verhältniswahl nach Vorschlagslisten wirtschaftlicher Vereinigungen von Arbeitgebern oder von Arbeitnehmern oder von Verbänden solcher Vereinigungen. Die Wahlberechtigten, die dem Gewerbe angehören, wählen je sieben Vertreter aus dem Bereiche der Gewerbe-Unfallversicherung und je einen Vertreter aus dem Bereiche der See-Unfallversicherung, die der Landwirtschaft angehörenden Wahlberechtigten je vier Vertreter aus dem Bereiche der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Das Stimmverhältnis der Wahlberechtigten setzt der Reichsarbeitsminister nach der Zahl der Versicherten fest. Das Reichsversicherungsamt leitet die Wahl und veröffentlicht das Wahlergebnis (§ 89). Im übrigen gelten die allgemeinen Grundsätze über Wahlen in der Sozialversicherung (§ 95) und die vom Reichsarbeitsminister erlassene Wahlordnung vom 8. Dezember 1927 (AN. S. 532). Die nichtständigen Reichsversicherungsamtsmitglieder für die Angestelltenversicherung werden vom Verwaltungsrate der Reichsversicherungsanstalt wie die entsprechenden Beisitzer der anderen Versicherungsbehörden gewählt (§ 161 AVG., oben 1b). Die Verpflichtung der als Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer gewählten nichtständigen Mitglieder geschieht durch den Präsidenten des Reichsversicherungsamtes (§ 97 RVO., § 163 AVG.). Ihre Rechtsstellung entspricht der der sonstigen Selbstverwaltungspersonen bei Versicherungsbehörden (§§ 95, 96 RVO., § 161 Abs. 2 AVG.).

Außer den als Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer gewählten nichtständigen Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes werden in gleichartiger Funktion, aber ohne die Bezeichnung verwendet: bei den Knappschaftssenaten zum Abteilungsvorstand wählbare (§ 149 RKnG.) Angehörige knappschaftlicher Betriebe, die gruppenweise von den Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstande der Reichsknappschaft nach den Grundsätzen der Verhältniswahl und nach näherer Bestimmung des Reichsarbeitsministers gewählt werden (§§ 202, 203 RKnG.), beim Senat für Berufskrankheiten von Fall zu Fall durch den Präsidenten des Reichsversicherungsamtes nach Vorschlagslisten des Vorläufigen Reichswirtschaftsrates bestellte Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, die möglichst dem Beruf angehören sollen, in dem die zur Verhandlung stehende Berufskrankheit vorkommt (§ 13 V. vom 11. Februar 1929). Für Dienststreitigkeiten der Berufsgenossenschaftsangestellten wird jeweils ein berufsgenossenschaftlicher Angestellter als Beisitzer des Beschlußsenats an Stelle des Vertreters der Versicherten zugezogen (§§ 705a, 978, 1147 RVO.). Hingegen werden zum Spruchsenat für Arbeitslosenversicherung

als Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten nichtständige Mitglieder des Reichsversicherungsamtes aus dem gewöhnlichen Bestande herangezogen (§ 30 Abs. 3 ArblVG.).

Als Hilfskräfte, insbesondere auch juristische Hilfsarbeiter (vgl. § 10 Abs. 1a VerfV.), können beim Reichsversicherungsamt Beamte verwendet werden, die der Reichsarbeitsminister ernennt (§ 86 Abs. 3 RVO.). Die Verwendung privatrechtlich angestellter Arbeitnehmer ist nicht ausgeschlossen.

b) Die organisatorischen Tätigkeitsformen sind beim Reichsversicherungsamt noch reicher entwickelt als bei den anderen Versicherungsbehörden. Wesentlich nur innere Bedeutung hat die Einteilung des Amtes in zwei Abteilungen (für Unfallversicherung einerseits, für sonstige Angelegenheiten andrerseits, jede unter einem Direktor, § 4 VerfV.) und in Gruppen. Nach dieser Einteilung richtet sich die Verteilung der monokratisch zu erledigenden Geschäfte unter die ständigen Mitglieder (vgl. § 14 VerfV.). Auch die Erledigung einzelner Amtshandlungen durch Hilfskräfte kommt vor (§§ 35, 39, 43 VerfV.). Wichtige Angelegenheiten können in Gesamt- oder Abteilungssitzungen erörtert werden, wodurch jedoch nicht der Entscheidung des zuständigen Senats vorgegriffen wird (§§ 9ff. VerfV.). Die wichtigeren Entscheidungen des Amtes ergehen in Kollegien, die den Namen Senate führen. Zu den Spruch- und Beschlußsenaten, die den gleichbezeichneten Körpern bei den unteren Versicherungsbehörden entsprechen, kommt noch der Große Senat. Spruchsenate für Sachen aus der RVO. werden gebildet aus einem Vorsitzenden (Präsident, Direktor, Senatspräsident oder vom Reichsarbeitsminister vorübergehend betrautes anderes ständiges Mitglied des Amtes), einem weiteren ständigen Mitglied, einem (vom Reichsarbeitsminister auf die Dauer des Hauptamtes oder bei vorübergehendem Bedürfnis auf Zeit, § 8 VerfV., berufenen) hinzugezogenen richterlichen Beamten und je einem nach der RVO. gewählten Arbeitgeber und Versicherten (nichtständigen Mitgliedern; §§ 98, 99 RVO.). Die Spruchsenate heißen, je nachdem sie für Sachen der Unfallversicherung oder für andere Sachen gebildet sind, Rekurssenate oder Revisionssenate (§ 35 VerfV.). Der besondere Senat für Berufskrankheiten besteht aus einem Vorsitzenden und einem weiteren ständigen Mitglied des Reichsversicherungsamtes, die der Reichsarbeitsminister bestellt, einem vom Präsidenten des Amtes von Fall zu Fall bestellten Arzt und je zwei dafür bestellten (s. bei a) Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer (§ 13 V. vom 11. Februar 1929). Die Spruchsenate für Angestelltenversicherung bestehen wie die Spruchsenate nach der RVO. aus fünf Köpfen; in ihnen werden die dafür eigens bestellten ständigen und gewählten nichtständigen Mitglieder sowie hinzugezogene richterliche Beamte tätig (§§ 164, 165 AVG.). Der oder die Spruchsenate für Arbeitslosenversicherung bestehen aus einem vom Reichsarbeitsminister bestellten Vorsitzenden, einem Mitglied der Hauptstelle der Reichsanstalt oder einem ständigen Mitglied des Reichsversicherungsamtes, einem (vom Reichsarbeitsminister möglichst aus der Arbeitsgerichtsbarkeit berufenen) hinzugezogenen richterlichen Beamten und je einem aus den nichtständigen Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes in vorausbestimmter Reihenfolge (Art. 4 AusfV. vom 29. September 1927, RGBl. I S. 312, mit späteren Änderungen) entnommenen Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten (§ 31 ArblVG.). Die Spruchsenate für Knappschaftsversicherung — beim Fehlen näherer Bestimmungen ist anzunehmen, daß zur Wahrnehmung der Geschäfte der obersten Spruch- und Beschlußbehörde für die Leistungen nach dem RKnG. ebenfalls Spruch- und Beschlußsenate bestehen müssen — sind wie die Spruchsenate nach der RVO. zusammengesetzt, nur daß an die Stelle der nichtständigen Mitglieder die besonders gewählten Vertreter der knappschaftlichen Arbeitgeber und Versicherten treten (§ 202 RKnG.). Beschlußsenate bestehen nach der RVO. aus dem Präsidenten des Amtes, einem Direktor oder einem Senatspräsidenten als Vorsitzendem, einem weiteren ständigen Mitglied, einem vom Reichsrate

gewählten nichtständigen Mitglied, an dessen Stelle ein ständiges Mitglied treten kann, und je einem als Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten gewählten nichtständigen Mitglied. Entsprechend sind die Beschlußsenate für Angestelltenversicherung und der Knappschaftsbeschlußsenat zusammengesetzt, nur daß die hierfür eigens bestellten oder gewählten Mitglieder eintreten (§ 166 AVG., § 202 RKnG.). Der Große Senat, der in seiner Funktion als Rechtseinheitsinstanz dem Plenum und den vereinigten Zivil- oder Strafsenaten des Reichsgerichts entspricht, besteht aus dem Präsidenten des Amtes oder seinem Vertreter, zwei anderen ständigen Mitgliedern, zwei richterlichen Beamten (Mitglieder und richterliche Beamte werden für das Geschäftsjahr im voraus gesondert bezeichnet für Sachen der Kranken-, Unfall-, Invalidenversicherung, § 102 Abs. 2 RVO.), zwei vom Reichsrate gewählten nichtständigen Mitgliedern (bei deren durchgängiger Verhinderung ständige Mitglieder zugezogen werden, § 102 Abs. 1) und je zwei als Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten gewählten nichtständigen Mitgliedern (§ 101 RVO.). Bei abweichender Rechtsauffassung des Reichsversicherungsamtes und eines Landesversicherungsamtes tritt je ein Mitglied des verweisenden und eines anderen Landesversicherungsamtes zum Großen Senat hinzu (§ 1718 RVO.). Hat der Große Senat eine Sache aus der Angestelltenversicherung zu behandeln, so treten in ihm die Beisitzer des verweisenden Senats für Angestelltenversicherung an die Stelle anderer Mitglieder der gleichen Gruppe (§ 283 AVG.).

c) Zuständig ist das Reichsversicherungsamt in allen Zweigen der Sozialversicherung, jedoch in verschiedenem Ausmaß. Überall ist es oberste Spruch- und Beschlußbehörde. Aufsicht führt es in erster Instanz vorbehaltlich der Zuständigkeit der Landesversicherungsämter über die Berufsgenossenschaften (§§ 722, 723, 985, 1158 RVO.) und über die Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung (§§ 1381, 1382 RVO.), in oberster Instanz über die Krankenkassen, während Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung und Reichsknappschaft unmittelbar vom Reichsarbeitsminister beaufsichtigt werden (§ 94 AVG., § 47 ArblVG., § 189 RKnG.). Die Obliegenheiten des Reichsversicherungsamtes, die sehr verschiedenartig und verstreut sind, sind neuerdings durch die Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 (RGBl. I S. 311) vermehrt worden. Hervorzuheben sind die beobachtend-rechtspolitischen statistischen, rechnerischen und versicherungstechnischen Arbeiten des Reichsversicherungsamtes, zu denen ihm die Versicherungsträger nach seinen Bestimmungen die Unterlagen zu liefern haben (§ 84a RVO.).

d) Das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt ist wiederum Spruch- und Beschlußverfahren. In Beschlußsachen, die dem Beschlußsenat zugewiesen sind, ist Alleinentscheidung des Vorsitzenden nicht zugelassen; zu den Entscheidungen des Beschlußsenats können die Sachbearbeiter zugezogen werden, wenn sie Mitglieder des Amtes sind (§ 1781 RVO.). Im einzelnen ist das Verfahren außer in den Gesetzen in der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamtes vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1083, geändert durch Verordnungen vom 12. Januar 1923, RGBl. I S. 56, vom 14. Dezember 1923, S. 1198, und vom 15. März 1924, S. 280) und in der Verfahrensordnung der Senate der Angestelltenversicherung vom 12. Januar 1923 (RGBl. I S. 56, geändert wie vorstehend) geregelt. Die Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes sind endgültig, soweit nicht ausnahmsweise das Gesetz ein anderes vorschreibt (§ 84 RVO.). Die Aufsicht über das Amt führt der Reichsarbeitsminister, innerhalb des Amtes aber zunächst der Präsident (§ 1 VerfV.).

4. Landesversicherungsämter sind Landesbehörden, die nicht mehr neu errichtet werden, aber bestehen bleiben können, wenn sie vor Inkrafttreten der RVO. errichtet waren und zu ihrem Bereich mindestens vier — regelmäßige oder besondere — Oberversicherungsämter gehören. Der Bezirk eines Landesversicherungsamtes

muß sich mit dem Gebiet eines Landes decken. Landesversicherungsämter bestehen noch für Bayern, Sachsen und Baden. Für sein Gebiet tritt das Landesversicherungsamt an die Stelle des Reichsversicherungsamtes, soweit die RVO. dies vorschreibt (§ 105 RVO.); nach den anderen Sozialversicherungsgesetzen haben die Landesversicherungsämter keine Zuständigkeiten. In ihrer Zusammensetzung und Tätigkeitsform gleichen die Landesversicherungsämter dem Reichsversicherungsamte, nur daß die vom Reichsrat gewählten nichtständigen Mitglieder und der Große Senat wegfallen (§§ 106 bis 108 RVO.). Die Kosten trägt die Landeskasse. Gesetzergänzende Vorschriften über Geschäftsgang und Verfahren erläßt die Landesregierung (§ 109 RVO.). Für die Verwaltung tritt an die Stelle des Reichsrates und des Reichsarbeitsministers die oberste Verwaltungsbehörde (Fachministerium) des Landes, die auch die Aufsicht führt.

5. Abschließend ist die Frage aufzuwerfen, wie die Versicherungsbehörden sich in das Schema der öffentlichen Behörden einfügen. Nach dem Rechtssubjekt, dem sie zugehören, wurden sie bereits eingeordnet. Nach ihrer Tätigkeit sind sie teils rechtsprechende, teils verwaltende Behörden. Die verwaltungsgerichtliche Tätigkeit überwiegt namentlich bei den höheren Versicherungsbehörden ganz bedeutend; Verwaltungsrechtsprechung ist das ganze Spruchverfahren, aber auch ein Teil des Beschlußverfahrens. Die Verfassung der Versicherungsbehörden ist aber im ganzen nicht die von Gerichten, sondern die von Behörden der reinen Verwaltung. Die Mitglieder, insbesondere soweit sie Berufsbeamte sind, genießen nicht die persönlichen Bürgschaften der richterlichen Unabhängigkeit; nur ein Teil von ihnen wird auf Lebenszeit oder unwiderruflich ernannt, aber auch soweit das der Fall ist, fehlen die sonstigen Bürgschaften (Unversetzbarkeit, erschwerte Disziplinierung). Die Mitglieder der Versicherungsbehörden stehen grundsätzlich in verwaltungsmäßiger Unterordnung unter dem Behördenvorstand und der Aufsichtsbehörde. Auf die Zusammensetzung der Tätigkeitskörper hat der Behördenvorstand oder der Vorsitzende einen verhältnismäßig großen Einfluß. Soweit allerdings die Versicherungsbehörden Rechtsprechung ausüben, sind die Mitwirkenden als Richter unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen (Art. 102 RV.)[1]. Das gilt aber nur für die Tätigkeit in der einzelnen Sache. Von den Verfassungsvorschriften über die Rechtspflege gilt weiter, daß niemand seinem gesetzlichen Richter entzogen werden darf (Art. 105 Satz 2 RV.). Hingegen ist der wichtige Art. 104 RV. auf die Verwaltungsgerichte der Sozialversicherung nicht anwendbar. Nach alledem wird man die Versicherungsbehörden ihrer Organisation nach nicht als Verwaltungsgerichte ansehen können, vielmehr nur als Verwaltungsbehörden mit großenteils richterlichen Aufgaben.

B. Besondere Sozialversicherungsbehörden werden gelegentlich für einzelne Aufgaben aus dem Gebiet der Sozialversicherung allein oder auf Nachbargebiete übergreifende Aufgaben gebildet. Ihr Bestand kann vorübergehend sein und sich mit der Lösung einer Sonderaufgabe erschöpfen; sie können aber auch für die Dauer eingerichtet sein. Üblich ist reichliche Heranziehung von Repräsentanten der beteiligten Interessentengruppen; das führt zum Typus der Selbstverwaltungsbehörde. Die verwendeten Organisationsformen sind locker; sie zeigen Übergänge von der Behördenform zur Vereinigung (etwa „arbeitsgemeinschaftlicher" Art) von Interessenten, und bisweilen hat die Veranstaltung vorwiegend den Zweck, dem Staat einen Rest von Einfluß auf Angelegenheiten zu retten, die zwar als öffentliche empfunden werden, die aber der Macht der Beteiligten bereits weitgehend ausgeliefert sind. Aus der Repräsentation wird dann beinahe eine unmittelbare Interessenvertretung. An solchen Sonderbehörden sind — ohne Gewähr der Vollständigkeit — anzuführen:

[1] Eine Wiederholung dieses Grundsatzes, wie sie § 3 G. über das Verfahren in Versorgungssachen enthält, ist in den Sozialversicherungsgesetzen nicht ausgesprochen; sie ist auch unnötig.

1. der Hauptausschuß für Krankenversicherung (§ 414b RVO., s. oben § 11 I 1d). Bei ihm hängt sogar das Zustandekommen von der freiwilligen Mitwirkung der dazu berechtigten Spitzenverbände ab. Ist er aber gebildet, so führt der Reichsarbeitsminister oder sein Vertreter den Vorsitz, und das Gebilde dürfte deswegen als Behörde, nicht als Verein anzusehen sein.

2. der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen (§ 368a RVO.), dessen Bildung als Reichsbehörde vom Gesetz obligatorisch vorgeschrieben ist, und die Landesausschüsse für Ärzte und Krankenkassen (§ 368g RVO.), die zunächst private Veranstaltungen der Mehrheitsverbände von Ärzten und von Krankenkassen eines Landes sind, auf deren gemeinsamen Antrag aber von der obersten Landesverwaltungsbehörde mit unparteiischen Mitgliedern ausgerüstet und so zu Landesbehörden gemacht werden können. Das Nähere über diese Ausschüsse wird im Zusammenhange mit der Ordnung der kassenärztlichen Rechtverhältnisse dargestellt (s. § 32).

3. die Schiedsinstanzen der kassen- und knappschaftsärztlichen Selbstverwaltung (Schiedsamt § 368l, Reichsschiedsamt § 368n RVO., Schiedsamt § 205, Oberschiedsamt § 207 RKnG.), die ebenfalls mit den kassenärztlichen Rechtsverhältnissen darzustellen sind. Sie werden von Gesetzes wegen bei regelmäßigen Sozialversicherungsbehörden, nämlich Oberversicherungsämtern und Reichsversicherungsamt, gebildet.

Noch lockerer sind die Formen der ebenfalls im Rahmen der kassenärztlichen Selbstverwaltung auftauchenden Vertragsausschüsse (§ 368k RVO.), Zulassungsausschüsse, Arztausschüsse und Prüfungsausschüsse (nach Richtlinien des Reichsausschusses, letztere auch nach § 368 Abs. 2 Nr. 2 RVO. in der Fassung der V. vom 26. Juli 1930, RGBl. I S. 311). Diese Gebilde von zweifelhafter und unter sich verschiedener rechtlicher Natur können jedenfalls nicht als öffentliche Behörden angesprochen werden.

II. Mannigfache Zuständigkeiten innerhalb der Sozialversicherung fallen den unmittelbaren Reichs- und Landesorganen (Reichsrat, Landesregierung usw.) und den Behörden der allgemeinen Reichs-, Landes- und Gemeindeverwaltung zu. Da diese Behörden nicht eigens für Sozialversicherungszwecke errichtet sind, müssen hier einige Andeutungen über sie genügen.

1. Vor allem das Reichsarbeitsministerium hat große Aufgaben auf dem Gebiet der Sozialversicherung. Ihm obliegt die ressortmäßige Vorbereitung der Sozialversicherungsgesetzgebung, ferner die Aufsicht über die reichseinheitlichen Versicherungsträger (Reichsversicherungsanstalt für Angestellte § 94 Abs. 2 AVG., Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung § 47 ArblVG., Reichsknappschaft § 189 RKnG., hier mit der Sollvorschrift, mit der Aufsicht über Bezirksknappschaften und besondere Krankenkassen die zuständigen Landesbehörden zu betrauen — ein Fall der Auftragsverwaltung) und die Dienstaufsicht über das Reichsversicherungsamt sowie eine Reihe im Gesetz einzeln aufgeführter Sozialversicherungsgeschäfte. Es erledigt diese Aufgaben durch eine besondere Abteilung „Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege", die die Nummer II führt; doch wird die Arbeitslosenversicherung betreut von der Abteilung IV für „Arbeitsmarkt, Arbeitsvermittlung, Arbeitsbeschaffung, Arbeitslosenversicherung, Allgemeine Fragen der Sozialpolitik, Internationale Sozialpolitik, Wohnungs- und Siedlungswesen".

2. Die Landes-, Gemeindeverbands- und Gemeindebehörden sind an der Sozialversicherung besonders durch den Erlaß ergänzender Rechtssätze und durch die Dienstaufsicht über die unteren Versicherungsbehörden (oben I A 1, 2, 4) beteiligt. Ihre Organisation richtet sich nach Landesrecht. Diesem überläßt das Reichsrecht auch die genauere Verteilung der Zuständigkeiten. So kann die oberste Verwaltungsbehörde, meist das zuständige Fachministerium eines Landes, einzelne der Aufgaben und Rechte, die das Gesetz ihr zuweist, auf andere Behörden

übertragen (§ 110 RVO., § 316 AVG.). Sie bestimmt auch, welche Stellen der Landes- und Gemeindeorganisation als höhere und untere Verwaltungsbehörden, als Gemeinden usw. im Sinne des Reichsrechts anzusehen sind (§ 111 RVO., § 317 AVG., § 202 ArblVG.). Den Gemeinden im Sinne der RVO. sind kraft dieses Gesetzes die selbständigen Gutsbezirke und Gemarkungen gleichgestellt (§ 114 RVO.). Wo der Wirkungsbereich einer Sozialversicherungseinrichtung die Grenzen eines Landes überschreitet und die beteiligten Landesstellen sich nicht einigen, entscheidet zwischen Landesregierungen der Reichsrat, zwischen Verwaltungsbehörden der Reichsarbeitsminister (§ 113 RVO.).

3. Endlich können auch außerhalb der Sozialversicherung stehende Sonderbehörden Zuständigkeiten haben, die in das Gebiet der Sozialversicherung hineinragen. So unterstehen die Ersatzkassen der Krankenversicherung und der Angestelltenversicherung der für private Versicherungsunternehmungen allgemein vorgeschriebenen Beaufsichtigung nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1931 (RGBl. I S. 315), die bei Beschränkung des Geschäftsbetriebs auf ein Land durch Landesbehörden, sonst aber durch das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung ausgeübt wird (Einschränkung für ältere Ersatzkassen der Krankenversicherung § 155 VAG.; vgl. ferner § 1321 RVO.).

§ 29. Rechtssetzung.

1. Die Rechtssetzung auf dem Gebiete der Sozialversicherung vollzieht sich in erster Reihe in den Formen der ordentlichen Reichsgesetzgebung. Die am Erlaß eines Reichsgesetzes beteiligten Faktoren und das Verfahren, in dem es zustandekommt, sind mangels sozialversicherungsrechtlicher Besonderheit hier nicht darzustellen (im Reichstag werden die einschlägigen Vorlagen gewöhnlich dem (9.) Ausschuß für soziale Angelegenheiten = sozialpolitischen Ausschuß zur Vorbereitung der Verhandlungen überwiesen). Keine Besonderheit des Sozialversicherungsrechtes ist es auch, wenn Gegenstände dieses Gebietes gelegentlich von Reichs wegen durch Diktaturverordnung des Reichspräsidenten auf Grund des Art. 48 Abs. 2 RV. (Beispiele: Abschnitt IV der V. zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände vom 26. Juli 1930, RGBl. I S. 311; I. Teil, Kap. II der V. zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen vom 1. Dezember 1930, S. 517; III. und V. Teil der Zweiten V.... vom 5. Juni 1931, S. 279) oder durch Verordnung auf Grund eines Ermächtigungsgesetzes (Beispiel: V. über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923, RGBl. I S. 1054, erlassen auf Grund des Ermächtigungsgesetzes vom 13. Oktober 1923, S. 943; vgl. ferner als Grundlage das G. zur Regelung von Angelegenheiten der sozialen Versicherung und des Arbeitsrechts bei der Durchführung des Vertrages von Versailles vom 22. Juli 1922, RGBl. II S. 678) geregelt werden.

2. Keiner besonderen Erörterung bedarf auch die Möglichkeit, daß die Regelung von Teilfragen des Sozialversicherungsrechts kraft reichsrechtlichen Vorbehalts der Landesgesetzgebung überlassen ist (s. oben § 4 I 3). Dann werden die gewöhnlichen Gesetzgebungsorgane des Landes in ihrem gewöhnlichen Verfahren nach Maßgabe der Landesverfassung tätig.

3. Sehr vielgestaltig sind die Verordnungsbefugnisse, die die Sozialversicherungsgesetze den verschiedensten Organen des Reiches und der Länder übertragen. Während an den bisher erwähnten Rechtssetzungsformen nur Zentralorgane beteiligt sind, lauten die Ermächtigungen zum Erlaß von Rechtsverordnungen vielfach auch auf untergeordnete Stellen des Reichs- und Landesverwaltungsaufbaus. Eine planmäßige Aufzählung würde zu weit führen und keine dem Sozialversicherungsrecht eigentümliche Erkenntnisse zeitigen. Die allgemeine Rechtslehre freilich kann aus den Sozialversicherungsgesetzen lehrreiche Beispiele für die Ausgestaltung von Delegationen entnehmen. In fast unübersehbarem Reichtum finden sich Ver-

schiedenheiten hinsichtlich des Umfangs der übertragenen Rechtssetzungsbefugnis, hinsichtlich der ermächtigten Stelle, hinsichtlich ihrer Freiheit der Sachgestaltung, hinsichtlich der Mitwirkung oder Anhörung anderer Stellen, hinsichtlich des einzuhaltenden Verfahrens und der Verkündung des beschlossenen Rechtssatzes, endlich hinsichtlich der Tiefe seiner Wirkung. Den schwächsten praktisch vorkommenden und wohl überhaupt denkbaren Grad erreicht diese bei den Richtlinien, die der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen (nach § 368e RVO.) erlassen kann und die — abgesehen von der nur tatsächlichen Auswirkung als Ratschläge an die Parteien der kassenärztlichen Verträge — die Schiedsinstanzen der kassenärztlichen Selbstverwaltung beim Ausgleich der beiderseitigen Interessen in ihrem Ermessen binden, aber auch diese Wirkung nur vorbehaltlich des Parteivorbringens wichtiger Abweichungsgründe entfalten (§ 368m Abs. 4, § 368o Abs. 4 RVO.). Immerhin geht die Bedeutung dieser Richtlinien über die von allgemeinen Verwaltungsvorschriften hinaus, weil keine hierarchische Unterordnung der Schiedsinstanzen unter den Reichsausschuß besteht und die Richtlinien auf die Lage der Einzelbeteiligten unmittelbar einwirken. Andere ebenfalls als Richtlinien bezeichnete behördliche Willenskundgebungen (z. B. § 30 Abs. 2, § 414b Abs. 3 RVO.) erschöpfen sich in der Wirkung innerhalb des Behördenbaues, ohne Rechtssätze zu enthalten; sie kommen als bloße Verwaltungsvorschriften hier nicht in Betracht. Das Nebeneinander der verschiedenen Formen zeigt aber, wie große Vorsicht bei der rechtlichen Bewertung der einzelnen Erscheinungen geboten ist.

4. Bemerkenswert als Sonderform, wenn auch nicht nur im Umkreis der Sozialversicherung vorkommende Sonderform, rechtssetzender Tätigkeit der staatlichen Behörden ist ihre Mitwirkung bei dem Erlaß autonomer Rechtssätze durch die Versicherungsträger. Diese bedürfen zumeist einer Satzung (s. oben I. Teil). Die Satzung umfaßt Bestandteile von verschiedener rechtlicher Bedeutung; sie ist Gründungsstatut, enthält allgemeine Verwaltungsvorschriften, insbesondere allgemeine Anweisungen im besonderen Gewaltverhältnis, enthält aber vielfach auch Rechtssätze mit Wirkung gegen Personen, die (zunächst wenigstens) außerhalb des Versicherungsträgers stehen. Die Satzung wird manchen Versicherungsträgern bei der Errichtung von außen her mitgegeben; andere geben sie sich selbst; alle, die überhaupt eine Satzung haben, können diese selbst durch Beschlüsse ihrer Organe ändern. Hierbei macht es keinen Unterschied, welche juristischen Bestandteile der Satzung in Frage stehen. Soweit die Satzung Rechtssätze enthält, genießen die Träger mithin Autonomie. Ihre Satzungsbefugnis ist aber nicht unbeschränkt, wird vielmehr durch staatliche Behörden überwacht. Die Überwachung der Satzungsgestaltung ist ein Teil der Aufsicht, die der Staat sich über die Versicherungsträger als juristische Personen des öffentlichen Rechts vorbehalten hat. Soweit in der Satzung Rechtssätze niedergelegt werden sollen, führt die Aufsicht demnach zur Mitwirkung an der autonomen Rechtssetzung. Diese Mitwirkung ist so ausgestaltet, daß die Satzung oder ihre Änderung erst wirksam werden kann, wenn sie die Billigung der für diesen Teil der Aufsicht zuständigen Reichs- oder Landesbehörde gefunden hat[1]; ein Unterschied für die einzelnen juristischen Bestandteile der Satzung wird dabei nicht gemacht. Die Billigung durch die aufsichtführende Behörde, auch hinsichtlich des Rechtssatzgehaltes der Satzung, tritt in zwei Formen auf, als Genehmigung und als Zustimmung (vgl. § 324 RVO.). Genehmigung (Bestätigung, § 12 RKnG.) bedeutet eine Nachprüfung auf Rechtmäßigkeit des Satzungsinhalts; sie „darf nur versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt". Zustimmung ist Nachprüfung auf Zweckmäßigkeit; das Zustimmungserfordernis gibt der Aufsichtsbehörde also die Befugnis zu einem weitergehenden

[1] Nur bei der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung fehlt das Erfordernis aufsichtsrechtlicher Mitwirkung an der Satzung (§ 41 ArblVG.); die Überwachung der Rechtmäßigkeit ihres Inhalts geschieht erst bei der Einzelanwendung im Streitfalle.

Einfluß auf die Gestaltung des Satzungsinhalts. Die Mitwirkung an der Satzungsgestaltung und damit auch die Mitwirkung bei der autonomen Rechtssetzung der Versicherungsträger ist teils den Versicherungsbehörden (Oberversicherungsämtern, Reichsversicherungsamt), teils dem Reichsarbeitsminister übertragen. Im einzelnen ergeben die Zuständigkeiten sich aus dem, was über Errichtung und Aufbau der Versicherungsträger gesagt worden ist (oben §§ 8 bis 10).

§ 30. Verwaltung.

Wie überall, so erweist sich auch in der Sozialversicherung die Verwaltung als dasjenige Teilgebiet obrigkeitlicher Tätigkeit, dessen Abgrenzung unsicher und über dessen Inhalt eine erschöpfende wohlgegliederte Übersicht kaum möglich ist. Das liegt in ihrem Wesen, wenn man sie ansieht als Teilnahme der öffentlichrechtlichen Rechtssubjekte am Rechtsverkehr, durch den die abstrakten Normen des öffentlichen Rechts auf konkrete Lebensverhältnisse anwendbar gemacht werden, wenn man sie also inhaltlich unterscheidet von der Rechtssetzung, die allgemeine und zunächst nur virtuell geltende Rechtsregeln hervorbringt, und von der Rechtsprechung, die in Streitigkeiten über bereits angewendetes, subjektives Recht mit Hilfe des abstrakten, objektiven Rechts entscheidet. Denn wie das Leben vielgestaltig und unbegrenzt ist, so bieten sich auch für die Rechtsanwendung im Verkehr, bei der die Verwaltungssubjekte passiv oder aktiv beteiligt sind, — die Verwaltung — ebenso wie für den privaten Rechtsverkehr Möglichkeiten in unvorhersehbarer Fülle, vor der jede innere Systematik der Verwaltung und des Verwaltungsrechts kapitulieren muß. Innerhalb der Sozialversicherung erscheint der Zuständigkeitskreis der staatlichen oder sonst gebietskörperschaftlichen Verwaltung um so mehr als bruchstückhaft und systemlos, als die Hauptmasse der Verwaltungsgeschäfte mit der materiellen Durchführung der ganzen Veranstaltung den Versicherungsträgern zu grundsätzlich selbständiger Erledigung überwiesen ist. Für die staatlichen und gemeindlichen Stellen, für die Versicherungsbehörden insbesondere, bleibt gerade auf dem Gebiete der Verwaltung nur ein Rest, während sie in der Rechtssetzung immerhin und in der Rechtsprechung ganz geschlossene Tätigkeitsfelder vorfinden.

I. Die Versicherungsbehörden entfalten eine Verwaltungstätigkeit zunächst in ihren eigenen, inneren Angelegenheiten. Sie müssen ihre persönlichen und sächlichen Betriebsmittel, soweit sie ihnen nicht von vorgesetzten Behörden gestellt werden, bereitstellen und müssen sie funktionsbereit halten. Über die Beschaffung der persönlichen Betriebsmittel ist bei der Verfassung der Versicherungsbehörden (oben § 28) das Wichtigste schon gesagt. Im übrigen unterscheidet sich die innere Verwaltung der Versicherungsbehörden (und auch die der sonstigen in der Sozialversicherung zuständigen Behörden) nicht so von der anderer Behörden, daß eine besondere Darstellung notwendig wäre. Auch enthalten die Rechtsquellen der Sozialversicherung darüber nur ganz vereinzelte Bestimmungen.

II. Nach außen wirkende Tätigkeiten üben die Versicherungsbehörden vor allem in der Rechtsprechung aus (unten § 31). In der Verwaltung tritt als ein verhältnismäßig geschlossener Block von Geschäften die Aufsicht (unten III) hervor. Sieht man von ihr zunächst und auch von dem Erlaß von Rechtsverordnungen (oben § 29, 3) ab, der in gewissem Sinn ja als Verwaltungstätigkeit bezeichnet werden kann, so bleibt neben manchen nicht aufzählbaren Einzelgeschäften die Auskunfterteilung (1) und die Unterstützung der Versicherungsträger (2). Ergänzt wird die nach außen gehende Verwaltungstätigkeit der Versicherungsbehörden durch artgleiche Funktionen anderer Stellen, die sich ebenfalls einer erschöpfenden Darstellung entziehen.

1. Auskunft zu erteilen haben sämtliche Versicherungsämter in Angelegenheiten der Reichsversicherung, d. h. der in der RVO. geregelten Versicherungszweige (§ 37 Abs. 1 RVO.), die in der Angestelltenversicherung zuständigen Versicherungs-

ämter auch in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung (§ 146 AVG.). Für Arbeitslosenversicherung[1] und Knappschaftsversicherung ist eine gleichartige Auskunftspflicht nicht vorgeschrieben; die Auskünfte, die die Arbeitsvermittler der Reichsanstalt über Besonderheiten offener Stellen und Eigenschaften von Arbeitnehmern zu geben haben (§ 64 ArblVG.), sind anderer Natur. Die Auskünfte zu geben haben die Versicherungsämter unentgeltlich gegenüber denjenigen Personen, die darum nachsuchen, also gegenüber Dritten im Sinne des § 839 BGB., und zwar wohl nur dann, wenn diese ein hinreichendes Interesse an der Auskunft geltend machen können (etwaige Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung, Arbeitgebereigenschaft, Anspruchsberechtigung usw.). Zum Inhalt einer Auskunft gehören nur Mitteilungen über tatsächliche Verhältnisse und über den Inhalt von Rechtsvorschriften, nicht hingegen Folgerungen für den Einzelfall, Ratschläge, Begutachtungen. Vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung der Auskunftspflicht durch einen amtlichen Funktionär des Versicherungsamtes (Nichterteilung oder falsche Auskunft) gibt dem Auskunftbegehrenden Schadenersatzansprüche gegen das Rechtssubjekt, das hinter dem Versicherungsamt steht, diesem gegen den Funktionär (Art. 131 RV., § 839 BGB.). Schlechter Rat, falsche Begutachtung ist kein selbständiger Haftungsgrund (§ 676 BGB.). Besondere sozialversicherungsrechtliche Folgen unrichtiger Auskünfte sind nicht vorgesehen; doch kann Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (§ 131 RVO., § 327 AVG.) in Betracht kommen. Außerhalb der gesetzlichen Zuständigkeit zur Auskunfterteilung sollten die Versicherungsbehörden wie Behörden und ihre Funktionäre überhaupt mit Rat und Auskunft zurückhaltend sein, weil dabei vorkommende Fehler schwer wieder gutzumachen sind und das Ansehen der Behörden gefährden; eine Haftung trifft nur unter Umständen den sich unzuständigerweise äußernden Beamten persönlich.

2. Eine Verwaltungstätigkeit, durch die die Tätigkeit der Versicherungsträger unterstützt und ergänzt wird, üben die Versicherungsbehörden, insbesondere die Versicherungsämter (vgl. § 37 Abs. 2 RVO.), vor allem in dem Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Leistungen, das der Versicherungsträger als in Anspruch genommene Partei durchzuführen hat. In den neueren Sozialversicherungsgesetzen, RKnG. und ArblVG., ist dieses Verfahren folgerichtig ganz dem Versicherungsträger überlassen; die Verwaltungshilfe, deren er sich nötigenfalls bedienen kann (z. B. § 171 Satz 2 ArblVG.), geht nicht über das gewöhnliche Maß hinaus. In der RVO. und dem AVG. ist aber eine Mitwirkung des Versicherungsamtes an dem Feststellungsverfahren des Trägers teils ermöglicht, teils — wenn auch seit der V. vom 30. Oktober 1923 (RGBl. I S. 1057) nur noch in sehr beschränktem Umfang — als notwendig vorgeschrieben. Zunächst hat das Versicherungsamt etwa bei ihm angemeldete Ansprüche auf Unfallversicherungsleistungen an den zuständigen Versicherungsträger weiterzuleiten, wobei die Frist zur Anspruchserhebung durch die Anmeldung beim Versicherungsamt gewahrt wird (§ 1549 RVO.); das ist lediglich ein Unterfall der beweglichen Empfangszuständigkeit nach § 129 RVO. Weiter hat das Versicherungsamt den Versicherungsträger zu benachrichtigen, wenn Umstände zu seiner Kenntnis gelangen, die freiwillige Leistungen, Heilverfahren oder Änderungen laufender Leistungen angezeigt erscheinen lassen (§§ 1550, 1612, 1629 RVO., § 247 AVG.). Wichtiger ist die Mitwirkung des Versicherungsamtes an der Unfalluntersuchung (§§ 1559, 1562 RVO.), an der Aufklärung des Sachverhalts und der Beweissicherung (§§ 1571ff., 1613ff.

[1] Hinsichtlich der Arbeitslosenversicherung nehmen Reichsversicherungsamt und Reichsarbeitsminister (vgl. dessen Schreiben vom 11. April 1928, RArbl. I S. 145) den Standpunkt ein, daß die Versicherungsämter insoweit Auskunft zu erteilen haben, als die Vorschriften der RVO. Anwendung finden oder die Versicherungs- und Oberversicherungsämter zu entscheiden haben. Dieser Standpunkt ist zweckmäßig, bringt es aber mit sich, daß folgerichtig die Auskunftszuständigkeit der Versicherungsämter für alle Versicherungszweige soweit anerkannt werden muß, als dort Vorschriften der RVO. Anwendung zu finden haben oder die Versicherungsbehörden zu Entscheidungen zuständig sind. Dann ist aber § 146 AVG. überflüssig.

RVO., §§ 214ff. AVG.), die sich in Unfall- und Rentenversicherungssachen bis zur Erstattung eines förmlichen Gutachtens, gegebenenfalls nach mündlicher Verhandlung steigern kann. Obwohl die Formen, in denen die Tätigkeit des Versicherungsamtes sich dabei abspielt, denen eines streitigen Gerichtsverfahrens weitgehend nachgebildet sind und obwohl teilweise das Amtsgericht an die Stelle des Versicherungsamtes treten kann (§§ 1571, 1574 RVO., §§ 218, 224 AVG.), bildet der Verfahrensabschnitt, in den die Tätigkeit des Versicherungsamtes fällt, keinen Teil des Rechtsprechungsverfahrens, handelt es sich vielmehr immer nur um die Vorbereitung der Entschließung, die der Versicherungsträger als Partei eines öffentlichrechtlichen Rechtsverhältnisses über dessen weitere Ausgestaltung und Erfüllung zu treffen hat. Die Tätigkeit der Versicherungsbehörden ist hier Verwaltungshilfe, nicht Rechtshilfe. Sie steht aber, namentlich bei der Beweissicherung, einer solchen sehr nahe.

Von den sonstigen verwaltungsmäßigen Unterstützungen, die die Versicherungsbehörden den Versicherungsträgern angedeihen lassen können, ist hervorzuheben, daß das Versicherungsamt in seinem Bezirk gemeinsame Meldestellen für alle oder mehrere Orts-, Land- und Innungskrankenkassen errichten oder die Geschäfte solcher Meldestellen mit Genehmigung der Gemeindeaufsichtsbehörde den Ortsbehörden übertragen kann (§ 319 RVO.), während an sich jede Krankenkasse selbst für Meldestellen zu sorgen hat (§§ 322, 345 Abs. 2 Nr. 5 RVO.). Die Kosten gemeinsamer Meldestellen werden auf die beteiligten Kassen nach Verhältnis des Beitragsaufkommens umgelegt, sofern nicht das Oberversicherungsamt einen anderen Maßstab bestimmt (§ 319 Abs. 2 RVO.). Auf Antrag beteiligter Kassen kann das Versicherungsamt die gemeinsamen Meldestellen zu Zahlstellen für Beitragsannahme und Leistungsauszahlung ausbauen. Auch kann es die Krankenkassen mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über die Kosten bei der Einziehung der Beiträge unterstützen (§ 404 RVO.). Die vom Versicherungsamt für die Krankenversicherung getroffenen Anordnungen wirken sich auch auf das Melde- und Beitragswesen der Arbeitslosenversicherung aus (§§ 84ff., 145 ArblVG.). — Weiterhin kann das Versicherungsamt die Versicherungsträger bei der Überwachung der Kranken und Rentenempfänger (§§ 347, 888, 1030, 1217, 1470 RVO.) und beim Beitragseinzug (§ 1465) unterstützen. Auch die gesetzlich nicht verwehrte allgemeine Beratung der Versicherungsträger durch die Versicherungsbehörden dürfte zur Unterstützung und nicht zur Aufsicht gehören.

III. Nicht weil es aus dem „Wesen" der „rechtsfähigen Verwaltung" flösse[1], sondern weil der moderne Staat es — wenigstens einstweilen noch, wenn auch in schon abgeschwächtem Maße — für zweckmäßig hält, seine Macht gegenüber innerstaatlichen Gewalten zu festigen und für einheitliche Staatsführung und Rechtshandhabung zu sorgen, behält er sich bei Übertragung öffentlicher Aufgaben auf besondere Träger zu verhältnismäßig selbständiger Erledigung fast immer die Möglichkeit der Überwachung und Anleitung dieser Träger vor. Sind die Träger rechtsfähig, so nimmt diese Möglichkeit die Gestalt eines Aufsichtsrechtes an, dessen Inhalt man Staatsaufsicht im Gegensatze zur Dienstaufsicht und anderen Beaufsichtigungen nennen mag. Die Sozialversicherungsgesetze bezeichnen die Rechtseinrichtung, die die allgemeinen staatlichen oder gemeindlichen Belange gegenüber den Versicherungsträgern und den in ihnen repräsentierten besonderen Interessen wahrt, einfach als Aufsicht. Den rechtsfähigen Versicherungsträgern gegenüber stellt sich die Aufsicht als eine Beschränkung ihrer Selbständigkeit dar, für die es rechtsatzmäßiger Grundlage bedarf. Auf seiten des Staates ist die Aufsicht Verwaltungstätigkeit, die er durch Behörden, in gewissem Umfang auch durch Behörden ihm eingegliederter (und ebenfalls einer Staatsaufsicht unterstellter) Gemeinwesen, führen läßt.

---

[1] So Otto Mayer: Deutsches Verwaltungsrecht, 3. Aufl., Bd. II, S. 393.

1. Zuständig zur Aufsicht über die Krankenkassen ist im allgemeinen das Versicherungsamt, in dessen Bezirke die Kasse ihren Sitz hat (§§ 377, 1783 RVO.), hinsichtlich des Umfangs und der Güte der Krankenpflege (ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung, Krankenhauspflege, Arzneiversorgung) das Oberversicherungsamt (§§ 372 bis 375 RVO.). Über die See-Krankenkasse wird die Aufsicht wie über die ganze See-Berufsgenossenschaft, deren Untergliederung die Kasse ist, vom Reichsversicherungsamte geführt (§ 493 RVO.). Bei Betriebskrankenkassen für Betriebe des Reiches, der Länder oder der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft kann die oberste Verwaltungsbehörde Aufgaben des Versicherungsamtes, die nicht der Spruchausschuß wahrzunehmen hat, also auch Aufsichtsbefugnisse, anderen Behörden übertragen (§ 377 Abs. 3 RVO.). Zur Aufsicht über die Berufsgenossenschaften und über die Landesversicherungsanstalten ist das Reichsversicherungsamt (§§ 722, 985[1], 1158, 1381 RVO.), unter Umständen das Landesversicherungsamt (§§ 723, 1382 RVO.) zuständig. Über die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§ 94 Abs. 2 AVG.) und über die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (§ 47 ArblVG.) führt der Reichsarbeitsminister die Aufsicht, ebenso über die Reichsknappschaft und ihre Gliederungen, wobei er jedoch die Aufsicht über die Bezirksknappschaften und besonderen Krankenkassen den zuständigen Landesbehörden (gemeint sind wohl die Bergbehörden) auftragsweise übertragen soll (§ 189 RKnG.). Soweit die Aufsicht von Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern geführt wird, besteht wegen der Einfügung dieser Versicherungsbehörden in einen Instanzenbau die Möglichkeit förmlicher Rechtsbehelfe gegen aufsichtsrechtliche Maßnahmen, von der im Gesetz auch Gebrauch gemacht ist (z. B. §§ 1792, 1797, 377 Abs. 2, § 373 Abs. 2 RVO.). Unabhängig davon besteht die Möglichkeit, die der Aufsichtsbehörde vorgesetzte Behörde mit der formlosen Dienstaufsichtsbeschwerde anzurufen. Nur gegenüber dem Reichsarbeitsminister entfällt auch dieser Behelf (Art. 56 Satz 2 RV.), und es besteht nur die Eventualität der Auslösung der parlamentarischen Verantwortlichkeit, etwa durch Petition (Art. 126 RV.). Soweit die Aufsichtszuständigkeit nicht bei der obersten Reichsbehörde (Reichsarbeitsminister) liegt, sind die Aufsichtsbehörden als Verwaltungsbehörden grundsätzlich auch bei der Aufsichtstätigkeit für Weisungen zugänglich und an Weisungen gebunden. Diese Gebundenheit ist aber abgeschwächt, soweit bei der Aufsicht (in den Beschlußkörpern) neben Berufsbeamten Selbstverwaltungspersonen tätig werden. Auch hier aber besteht kraft ausdrücklicher Gesetzesvorschrift Gebundenheit der Landes- (einschl. Gemeinde-) Behörden an allgemeine Weisungen der obersten Verwaltungsbehörden ihres Landes und der Reichsbehörden an allgemeine Weisungen des Reichsarbeitsministers; ferner kann der Reichsarbeitsminister für die Ausübung der Aufsicht auch durch Landesbehörden bindende Richtlinien (vgl. Art. 77 RV.) erlassen (§ 30 Abs. 2 RVO.). Gebundenheit von Landesbehörden an Weisungen des Reichsarbeitsministers ist überdies anzunehmen bei der Betrauung mit der Aufsicht über die Bezirksknappschaften und besonderen Krankenkassen (Auftragsverwaltung, § 189 Abs. 2 RKnG.).

2. Über Maß und Ziel der Aufsicht stellt nur die RVO. (§ 30 Abs. 1) einen Grundsatz auf, der im RKnG. (§ 189 Abs. 1 Satz 2) für anwendbar erklärt ist, der aber trotz etwas abweichender Praxis sinngemäß auch für die Aufsicht über Reichsversicherungsanstalt und Reichsanstalt gelten dürfte. Der Grundsatz bringt zum Ausdruck, daß die Aufsicht die Versicherungsträger nur zur Einhaltung des Rechts anhalten, nicht aber ihrer Selbständigkeit berauben und bei allen ihren Entschließungen gängeln soll. Indessen soll die Rechtswahrung nicht in formalistischer Weise

[1] Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften besteht die Einschränkung, daß die Aufsicht der Versicherungsbehörden sich nicht erstreckt auf die dienstlichen Verhältnisse von staatlichen Behörden oder von Organen der Selbstverwaltung, welche die Genossenschaft verwalten (§ 985 Abs. 2 RVO.); hier greifen andere, landesrechtlich geordnete Aufsichtsformen ein.

geschehen; die Aufsicht erstreckt sich nicht mehr, wie nach der ursprünglichen Fassung der RVO., lediglich darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden, wobei man sich mit buchstabenmäßiger Gesetzestreue begnügen konnte. Vielmehr soll — seit der V. vom 30. Oktober 1923 (RGBl. I S. 1057) — die Rechtsaufsicht in dem Sinne gehandhabt werden, daß dem Zwecke der Versicherungseinrichtung Genüge geschieht. Damit findet der Zweckmäßigkeitsgedanke in die Aufsicht Eingang. Daß aber den Aufsichtsbehörden nicht schrankenloses Ermessen eingeräumt und den Versicherungsträgern ihre Selbständigkeit beschnitten ist, daß vielmehr der Zweck der Versicherung nur innerhalb der Rechtskontrolle — diese mildernd — und nicht über sie hinaus zu berücksichtigen ist, geht aus der weiteren Bestimmung — eingefügt durch G. vom 14. Juli 1925 (RGBl. I S. 97) — hervor, nach der die Aufsichtsbehörden kein Aufsichtsrecht haben, soweit die Versicherungsträger nach ihrem Ermessen zu verfügen berechtigt sind. Von derjenigen Zone des Ermessens oder der freien Entschließung also, die den Versicherungsträgern durch Rechtssatz eingeräumt ist, haben die Aufsichtsbehörden sich fernzuhalten (Ausnahme für die Finanzgebarung: V. Teil, Kap. V der V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1931, RGBl. I S. 279). Positiv haben sie zu wachen über die Befolgung von Gesetz und Satzung, d. h. aller Rechtssätze, die an die Versicherungsträger gerichtet sind, und aller Satzungsbestimmungen ohne Rücksicht auf ihre rechtliche Natur; hierbei ist der Sinn, nicht der Buchstabe der Vorschrift maßgebend. Wo Gesetz oder Satzung eine Lücke lassen, deren Ausfüllung nicht ausdrücklich dem Ermessen des Versicherungsträgers zugewiesen ist, kann die Aufsicht eingreifen, indem sie Gesetz und Satzung so auslegt und ergänzt, wie der Zweck der Versicherung es erfordert. Der aufsichtsrechtliche Grundsatz gilt aber nicht durchweg. Einzelbestimmungen können Abweichendes vorschreiben, insbesondere eine Mitwirkung der Aufsichtsbehörde an Ermessensentschließungen des Versicherungsträgers (vgl. § 324 Abs. 3 RVO.). Auch finden sich ergänzende und erweiternde Bestimmungen (z. B. § 722 Abs. 2 RVO.: Umfang und Zweckmäßigkeit der Maßnahmen der Berufsgenossenschaft für Unfallverhütung und erste Hilfe bei Unfällen, § 377 Abs. 1 Satz 2 RVO.: Beobachtung der Dienst- und Krankenordnung).

3. Die rechtlichen Mittel, die der Aufsicht über die Versicherungsträger zur Verfügung stehen und die zusammen das „Aufsichtsrecht der Aufsichtsbehörde" (§ 30 RVO.) ausmachen, sind die Beobachtung (a), die vorgreifende Mitwirkung (b) und das bessernde Eingreifen (c). Darin kehren die allgemeinen Rechte der Staatsaufsicht über rechtsfähige Verwaltungen wieder, nämlich Kenntnisnahme, vorbehaltene Zustimmung und Rechtsbewahrung.

a) Jede Ausübung der Aufsicht setzt voraus, daß die aufsichtführende Stelle das Verhalten des Beaufsichtigten kennt. Soweit dieses Verhalten nach außen erkennbar hervortritt, bedarf es für die Aufsichtsbehörde keiner besonderen, rechtlichen Mittel der Beobachtung. Erkennbar für die Aufsichtsbehörde werden Vorgänge beim Versicherungsträger unter Umständen auch dadurch, daß dieser sie pflichtgemäß öffentlich bekanntgibt (z. B. Namen, Sitz, Bezirk und den Namen des Vorsitzenden der Landesversicherungsanstalt in amtlichen Blättern veröffentlicht, § 1350 RVO.; vgl. ferner § 215 ArblVG.). Zu ordentlicher Führung der Aufsicht ist aber für die aufsichtführende Stelle Kenntnis auch innerer, verborgener Vorgänge beim Beaufsichtigten erforderlich. Deshalb schließt die Zuständigkeit zur Aufsicht die Befugnis zur Kenntnisnahme und Erforschung auch dort notwendig ein, wo diese nicht in ausdrücklichen Rechtssätzen niedergelegt ist. Die Aufsichtsbehörde ist allenthalben berechtigt, an die verantwortlichen Organe der beaufsichtigten Selbstverwaltungskörper diejenigen Fragen zu stellen, die nach ihrem Ermessen zur Beschaffung der Aufsichtsgrundlagen angezeigt sind. Die Sozialversicherungsgesetze sehen diese Befugnis der Aufsichtsbehörde zum Teil ausdrücklich vor, unterstellen sie aber auch zum Teil als selbstverständlich. Darüber hinaus

geben sie der Aufsichtsbehörde zum Zwecke der Beobachtung weitergehende Zuständigkeiten, so zur Einforderung von Unterlagen und zur Stellung von Fragen an einzelne Organpersonen und Angestellte der Versicherungsträger. Die allgemeinste Vorschrift über die Beobachtung der Versicherungsträger durch die Aufsichtsbehörde enthält § 31 RVO. Hiernach kann die Aufsichtsbehörde jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung des Versicherungsträgers prüfen (Abs. 1), und die Mitglieder seiner Organe, seine Vertrauensmänner, Beamten und Angestellten haben der Aufsichtsbehörde oder ihren Beauftragten auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege und Verhandlungen sowie die von ihnen verwahrten Urkunden, Wertpapiere und Bestände vorzulegen und alles mitzuteilen, was zur Ausübung des Aufsichtsrechts gefordert wird (Abs. 2). Diese Vorschrift gilt auch für die Handhabung der Aufsicht über die Reichsknappschaft und ihre Gliederungen (§ 189 RKnG.). Im AVG. und ArblVG. fehlen entsprechende Vorschriften; hier reichen die Aufsichtsbefugnisse zur Beobachtung nur so weit, wie sich aus allgemeinen Grundsätzen ergibt. Die Lücke ist aber nicht allzu empfindlich, weil sich auch hier — wie in der RVO. neben der allgemeinen Vorschrift — mancherlei Einzelbestimmungen finden, die einen genügenden Einblick der Aufsichtsbehörde in die Verwaltung des Versicherungsträgers sicherstellen. Solche Einzelbestimmungen beziehen sich auf die Anzeige von Wahlergebnissen und Organzusammensetzungen (§ 6 Abs. 1 RVO., § 150 RKnG.; vgl. auch wegen der Ausführungsbehörden für die Unfallversicherung §§ 893, 1033, 1218 RVO.), auf die Vornahme von Besichtigungen (§ 34 RVO.), die sich in der Unfallversicherung hinsichtlich der Durchführung und Wirkung der Unfallverhütungsvorschriften bis in die Betriebe der Mitglieder erstrecken können (§ 889 RVO.), in der Arbeitslosenversicherung auf die Teilnahme an Sitzungen und auf die Entsendung von Beauftragten zu den einzelnen Dienststellen der Reichsanstalt (§ 47 ArblVG.), auf die Vorlage von Rechnungsabschlüssen und Berichten (§§ 367, 721, 883, 984, 1030, 1157, 1216, 1358 RVO., § 95 AVG.) sowie von statistischen, allerdings nicht nur reinen Aufsichtszwecken dienenden Unterlagen, die gegebenenfalls unter Übergehung der Aufsichtsbehörde unmittelbar dem Reichsversicherungsamt einzureichen sind (§ 84a RVO.; vgl. auch § 173 AVG. über die versicherungstechnische Bilanz). Bei der Rechnungskontrolle wirkt gelegentlich der Rechnungshof des Deutschen Reiches mit (§ 96 AVG., § 46 ArblVG.). Die Aufsichtsbehörde selbst trifft gelegentlich eine gesetzliche Pflicht zur Berichterstattung an den Reichstag (§ 48 ArblVG., auch § 173 AVG.). Etwas über den Sachbereich der Aufsicht hinaus ragt die Bestimmung, wonach der Berufsgenossenschaftsvorstand dem Reichsversicherungsamte von Meinungsverschiedenheiten über Unfallverhütungsanordnungen zwischen berufsgenossenschaftlichen und staatlichen Aufsichtsbeamten Kenntnis zu geben hat (§ 886 RVO.). Eine Erweiterung, zunächst wieder im Sinne der Befugnis zur Kenntnisnahme, erfährt die Aufsicht dadurch, daß bei den Einzugsstellen der Arbeitslosenversicherung (Krankenkassen, auch Ersatzkassen) die Aufsichtsbehörden darüber wachen, daß sie die Aufgaben erfüllen, die ihnen hinsichtlich der Beiträge zur Reichsanstalt obliegen (§ 148 Abs. 2 ArblVG.). Weitere Einzelbestimmungen sehen vor, daß Versicherungsträger schon vor Fassung solcher Beschlüsse, die zur Rechtswirksamkeit einer Mitwirkung der Aufsichtsbehörde bedürfen, einen Entwurf an die Aufsichtsbehörde einreichen (§§ 852, 1030, 1203, 1355 RVO.). Zu Sitzungen, in denen Unfallverhütungsvorschriften beschlossen werden sollen, hat der Genossenschaftsvorstand überdies das Reichsversicherungsamt einzuladen (§§ 854, 1030, 1203 RVO.). Das stärkste Mittel zur Vorbereitung des Einschreitens der Aufsichtsbehörde ist die Pflicht zur Beanstandung von Organbeschlüssen, die dem Vorsitzenden des Vorstandes von Versicherungsträgern auferlegt ist, wenn die — vielleicht, aber nicht notwendig unter seiner Mitwirkung gefaßten — Beschlüsse gegen Gesetz oder Satzung (§ 8 RVO., §§ 159, 173, 183 RKnG.; abweichend, weil nicht zur Aufsichtsbehörde führend, § 194 ArblVG.), gegen die

Dienstordnung (§§ 357, 701, 978, 1147 RVO.) oder gegen eine Beanstandung der Aufsichtsbehörde (§ 1355 RVO.) verstoßen. Die Beanstandungsbeschwerde des Vorsitzenden bewirkt Aufschub und löst unmittelbar die Tätigkeit der Aufsichtsbehörde aus, die sich daraufhin nicht passiv verhalten darf. Endlich kann die Tätigkeit der Aufsichtsbehörde durch Anzeige oder Aufsichtsbeschwerde von dritter Seite ausgelöst werden[1]; eine Pflicht zum Eingreifen besteht aber für die Aufsichtsbehörde nur in den Fällen, in denen jemand ein ihm eingeräumtes Beschwerderecht gebraucht. Die Anregung zum Einschreiten der Aufsicht kann auch ein Vorsitzender oder eine sonstige Organperson geben, der keine Beanstandungspflicht auferlegt ist (etwa der Präsident der Reichsanstalt, wenn er mit seiner Beanstandung eines Vorstandsbeschlusses beim Verwaltungsrat nicht durchdringt); das bewirkt dann aber nicht Aufschub. — Ergeben sich bei der Beobachtungsfunktion der Aufsicht Duldungs- und Unterlassungspflichten des Beaufsichtigten, so führt sie doch noch nicht zu Eingriffen in dessen eigentliches Tätigkeitsfeld. Sie soll aber solche Aufsichtsakte vorbereiten, die dann die Form der vorgreifenden Mitwirkung zur Verhinderung von Rechts- oder Ordnungswidrigkeiten oder die Form der Korrektur bereits vorgekommener Fehler annehmen können.

b) Eine vorgreifende Mitwirkung der Aufsichtsbehörde ist vorgesehen bei besonders wichtigen Akten der Versicherungsträger, insbesondere bei Erlaß und Änderung von Rechtssätzen und allgemeinen Anweisungen im öffentlichrechtlichen besonderen Gewaltverhältnis. Zu solcher Mitwirkung ist die Aufsichtsbehörde nur kraft Rechtssatzes zuständig. Wo sie vorgeschrieben ist, hängt die Rechtswirksamkeit des Beschlusses des Versicherungsträgers (oder auch der Stelle, die für eine neue Krankenkasse die Satzung zu errichten hat, §§ 320, 324 RVO.) von der Billigung der aufsichtführenden Stelle ab, die als „Genehmigung" oder „Bestätigung" (§ 12 RKnG.) nur wegen Rechtswidrigkeit versagt, als „Zustimmung" auch von Zweckmäßigkeitserwägungen abhängig gemacht werden darf (vgl. § 324 RVO.). Nach Zweckmäßigkeit wird auch die „Ermächtigung" erteilt oder versagt, die gelegentlich (§ 370 RVO.) als Voraussetzung bestimmten Handelns des Versicherungsträgers vorgesehen ist, deren Erteilung aber den Träger nicht zum Handeln verpflichtet. Einer im Aufsichtsinteresse vorgeschriebenen Mitwirkung der gewöhnlichen oder auch einer höheren Aufsichtsbehörde (z. B. des Oberversicherungsamtes bei den Krankenkassen) bedarf vor allem die Errichtung oder Änderung der Satzung (§§ 324, 384, 385, 388, 403, 406, 408, 415, 415a, 421, 422, 426, 435, 467, 489, 540, 681, 683, 796, 973, 1144, 1194, 1339, 1341 RVO., § 12 RKnG.); nur die Satzung der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung kann vom Versicherungsträger selbständig aufgestellt werden (§ 41 ArblVG.). Gleichartiger Mitwirkung bedürfen die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates der Reichsversicherungsanstalt (§ 107 AVG.), die Dienstordnungen bei Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Reichsanstalt (§§ 355, 700, 978, 1147 RVO., § 39 ArblVG.), die Krankenordnungen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften (§§ 347, 558e, 930, 1065 RVO.), die Unfallverhütungsvorschriften (§§ 864, 1030, 1205 RVO.), die Gefahrtarife der Berufsgenossenschaften (§§ 709, 979, 1149, 1155 RVO.) und die Überwachungsvorschriften der Rentenversicherungen (§ 1467 RVO., § 201 AVG.). Recht weit geht die Mitwirkung der Aufsichtsbehörden auch bei der Vermögensverwaltung, Vermögensanlegung und Mittelverwendung der Versicherungsträger, zum Teil in der Weise, daß der Reichsarbeitsminister zunächst allgemeine Grenzen festsetzt, jenseits deren die Entschließungen der Versicherungsträger im Einzelfall einer aufsichtsrechtlichen Mitwirkung bedürfen (§§ 25, 26, 27a, 27c, 27d, 27e, 746, 788, 1274,

[1] Wenn § 190 RKnG. Vorkehrung trifft, daß hierbei die zentralen Organe des Versicherungsträgers nicht übergangen werden, so dürften die Aufsichtsbehörden auch sonst nach diesem Grundsatze zu handeln haben, indem sie die Beschwerde über ein Unterorgan vorerst dem Versicherungsträger zu eigener Entschließung und Bericht vorlegen.

1400 RVO., §§ 49a, 205, 207, 209, 210 AVG.). Der Haushaltplan der Reichsanstalt ist dem Reichsarbeitsminister zur Genehmigung vorzulegen; zu Mehrausgaben ist seine Zustimmung einzuholen (§ 43 ArblVG.). Mitwirkungsfälle zeigt weiter das Deckungssystem der Unfallversicherung (§§ 715, 743, 747, 764, 982, 1013, 1164 RVO.) und das Beitragswesen der Arbeitslosenversicherung (§ 150 Abs. 3, § 159 Abs. 3 ArblVG.). Darüber hinaus ist in zahlreichen Fällen teils genereller, teils individueller Art eine vorgreifende Mitwirkung der Aufsichtsbehörde oder einer höheren Behörde erforderlich (Aufbewahrung der Wertpapiere von Krankenkassen § 365, bare Ersatzleistung für ärztliche Behandlung § 370, Selbstvereinigung und Zuständigkeitsverschiebung von Berufsgenossenschaften, mit Genehmigungszuständigkeit des Reichsrats §§ 636 bis 641, 960, schriftliche Abstimmung, Ausfallen oder Verschiebung der Genossenschaftsversammlung §§ 688a, 976, 1146, Errichtung mehrerer statt einer Zweiganstalt § 837, Schaffung weiterer Einrichtungen der Unfallversicherungsträger §§ 845, 1029, 1198, Anstellung technischer Aufsichtsbeamter §§ 875, 1030, 1209, Vereinigung der Geschäfte der technischen Aufsichts- und der Rechnungsbeamten §§ 877, 1030, 1211, Bezirksänderung der Invalidenversicherungsanstalten, mit Zuständigkeit des Reichsrates oder Reichstages § 1332 RVO., ferner §§ 75b, 80, 86, 99, 108, 116a, 130, 132, 139 ArblVG.). — Wenn auch die vorgreifende Mitwirkung fehlerhafte Beschlüsse der Versicherungsträger verhüten soll, so macht doch die erteilte Genehmigung oder Zustimmung nichtige oder anfechtbare Akte nicht vollgültig; ihre Nachprüfung im Instanzenzuge ist gegebenenfalls trotz der Billigung durch die Aufsichtsbehörde möglich, und die Aufsichtsbehörde selbst ist zur nachträglichen Korrektur nach allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen berechtigt (vgl. § 326 Abs. 1 RVO.).

c) Soweit die Akte der Versicherungsträger nicht von vornherein einer Billigung der Aufsichtsbehörde bedürfen, ist diese gegenüber mangelhaftem Verhalten zum bessernden Eingreifen befugt und berufen. Das liegt im Begriffe der Aufsicht und gilt deshalb auch da, wo nur diese, nicht aber der einzelne Eingriff eine ausdrückliche Grundlage hat. Jedoch ist ein Eingriff der Aufsichtsbehörde nur zulässig im Rahmen des für die Aufsicht maßgebenden Grundsatzes (oben 2). In diesem Rahmen ist die Aufsichtsbehörde befugt, den Versicherungsträger zu sachgemäßem Verhalten zu ermahnen, seine fehlerhaften Beschlüsse aufzuheben und seine Untätigkeit zu brechen. Wo gegenüber den Beschlüssen oder der Untätigkeit des Versicherungsträgers Rechtsbehelfe zur Verfügung stehen, wird die Aufsichtsbehörde sich Beschränkung auferlegen und meist dem Dritten überlassen, sein Recht durchzusetzen. Das Vorhandensein eines Instanzenzuges, insbesondere die Möglichkeit eines verwaltungsgerichtlichen Verfahrens, und auch das Offenstehen eines bürgerlichen Rechtsweges schließt aber das Tätigwerden der Aufsichtsbehörde (und deren Anrufung durch Beteiligte) nicht grundsätzlich aus, weil das durch die Aufsicht wahrzunehmende öffentliche Interesse gerade auf Vermeidung von Prozessen gerichtet sein kann. Über die einzelnen Formen des bessernden Eingriffs sagen AVG. und ArblVG. nichts und auch die Vorschriften der RVO. für die Invalidenversicherung wenig, vielleicht weil durch den Anstaltscharakter der Versicherungsträger und die Beamteneigenschaft ihrer leitenden Organpersonen, die ja wenigstens in gewissem Umfang einer Dienstaufsicht unterstehen, eine ordnungsmäßige Verwaltung genügend gesichert erscheint. Indessen sind auch gegenüber dem Verhalten der Landesversicherungsanstalten, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung bessernde Eingriffe der Aufsichtsbehörde möglich. Das RKnG. begnügt sich mit einer Verweisung auf die allgemeinen aufsichtsrechtlichen Vorschriften der RVO. (§ 189 RKnG.). Reicher, aber ebenfalls nicht systematisch entwickelt sind die bessernden Aufsichtsmittel positivrechtlich in der RVO. Allgemein ist hier vorgesehen, daß die Aufsichtsbehörde Organpersonen und Hilfskräfte der Versicherungsträger (nicht aber die

Funktionäre von Gemeinwesen, die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften verwalten, § 985 Abs. 2 RVO.) durch Zwangsstrafen in Geld dazu anhalten kann, das Gesetz und die Satzung zu befolgen (§ 31 Abs. 3 RVO.). Dieses Mittel dient nicht nur zur Beseitigung positiv fehlerhaften, sondern auch zur Brechung untätigen Verhaltens. Dem gleichen Zwecke dient das Verlangen, daß die Organe der Versicherungsträger zu Sitzungen einberufen werden; daran schließt sich als Ersatzvornahme, daß die Aufsichtsbehörde die Sitzungen selbst anberaumt und die Verhandlungen leitet (§ 32 RVO.). Damit die Versicherungsträger funktionsfähig bleiben, hat die Aufsichtsbehörde, unbeschadet der Rechte Dritter und soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, bei Streit über Rechte und Pflichten (Zuständigkeiten) der Organe und ihrer Mitglieder, über die Auslegung der Satzung und über die Gültigkeit der Wahlen zu und in den Organen zu entscheiden (§ 33 RVO., Einschränkung § 1345); das führt über den Sachbereich der Aufsicht etwas hinaus und nähert sich einer Unterstützung der Versicherungsträger. Neben diesen allgemeinen aufsichtsrechtlichen Vorschriften der RVO. finden sich Rechtssätze, die besondere korrigierende Aufsichtsmittel vorsehen, hauptsächlich gegenüber Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Die Aufsichtsbehörde kann anordnen, daß der Versicherungsträger Beschlüsse über bestimmte Angelegenheiten herbeiführt (Satzungsänderung § 326, außerordentliche Kündigung gegenüber Dienstordnungsangestellten § 357, Gewährung von Leistungen durch andere Ärzte, Krankenhäuser, Zahnärzte, Apotheker §§ 372, 374, 375 RVO. usw.). Groß ist die Reihe der Ersatzvornahmen (Erlaß oder Änderung der Satzung §§ 326, 682, 973a, 1144, 1340, Feststellung der Krankenordnung §§ 347, 558e, 930, 1065, Feststellung der Dienstordnung §§ 356, 700, 978, 1147, Aufstellung des Gefahrtarifs §§ 710, 979, Vertragsschluß mit Ärzten, Krankenhäusern, Zahnärzten und Apothekenbesitzern §§ 373 bis 375 RVO. usw.); darin liegen teilweise zugleich Zwangseinschreibungen in den Haushaltplan der Versicherungsträger. Auch unmittelbare Eingriffe in Rechtsbeziehungen der Versicherungsträger kommen vor (Nichtzulassung von Kassenärzten § 372 Abs. 2, Geltendmachung von Ansprüchen der Betriebskrankenkassen gegen den Arbeitgeber § 378, vorläufige Beitragserhöhung oder Leistungsminderung § 391 RVO.). Zur Befriedigung von Ansprüchen der Post ist die Aufsichtsbehörde zum Zugriff auf bereite Bestände der Genossenschaftskasse und zur Zwangsbeitreibung gegen Versicherungsträger, auch gegen Genossenschaftsmitglieder, berechtigt (§§ 781, 782, 1028, 1185, 1410 RVO.). In einigen Fällen ist kommissarische Verwaltung von Versicherungsträgern vorgesehen (§§ 379, 689, 975, 1146, anders § 1359 RVO.). Das letzte und schärfste Mittel der Aufsicht ist die Beseitigung eines Versicherungsträgers, der der Ordnung nicht entspricht, wobei allerdings seine Versicherten einem anderen Träger zugeführt werden müssen (§§ 389, 647, 961, 1122 RVO.). — Nur äußerlich mit der Aufsicht verbunden ist die Befugnis der Aufsichtsbehörden, wegen Verletzung der Schweigepflicht gegen Organpersonen, Angestellte usw. Strafantrag zu stellen (§ 141 RVO., § 345 AVG., § 233 RKnG.).

IV. Das Verfahren der Versicherungsbehörden in Verwaltungssachen ist, anders als das Rechtsprechungsverfahren, nicht in allen Punkten eingehend geregelt und kann es auch nicht wohl sein. Insbesondere für die Auskunfterteilung und auch für die Unterstützung der Versicherungsträger fehlt es fast ganz an genaueren Vorschriften. Gesetzestechnisch ist das Verwaltungsverfahren der Versicherungsbehörden das „Beschlußverfahren", in dem alle Entscheidungen dieser Behörden ergehen, für die nicht das Spruchverfahren (unten § 31 II) vorgeschrieben ist (§ 1780 RVO., § 286 AVG.); als Entscheidungen in diesem Sinne sind alle Verwaltungsakte anzusehen. Für das Beschlußverfahren stellen RVO. und AVG. nur wenige allgemeine Regeln auf, die gleicherweise für echte Verwaltungssachen und für die diesem Verfahren zugewiesenen Rechtsprechungssachen gelten. Sie werden ergänzt durch verstreute Sondervorschriften für die verfahrensmäßige Behandlung

einzelner Verwaltungsangelegenheiten, und im ArblVG. und RKnG. finden sich nur solche Einzelvorschriften. Wo als Aufsichtsbehörden andere als Versicherungsbehörden auftreten, gelten für das Verfahren bei ihnen ebenfalls Einzelvorschriften und ergänzend die allgemeinen für die betreffende Behörde bestehenden Regeln, die sich oft nur aus dem Verwaltungsbrauch ergeben. Das Beschlußverfahren umschließt ohne gesetzestechnische Unterscheidung das Verfahren vor und in besonderen, mit Selbstverwaltungspersonen ausgerüsteten Beschlußkörpern und das Verfahren vor und in der nur mit Berufsbeamten besetzten, dann monokratisch verfaßten Behörde. Über letzteres Verfahren, das im Zweifel platzgreift (§ 1781 Abs. 1 RVO.), und bei dem die Verantwortung für die Verwaltungsakte durchweg den Behördenvorstand trifft, enthalten die allgemeinen Regeln des Beschlußverfahrens so gut wie nichts; nur lassen sie (vgl. § 1781 Abs. 2 RVO.) erkennen, daß der Behördenvorstand zur Bearbeitung andere Mitglieder der Behörde heranziehen kann, auf deren Antrag dann die Sache vor den Beschlußkörper zu bringen ist. Auch der Vorsitzende kann Sachen wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung aus dem monokratischen Verfahren an den Beschlußkörper überweisen. Umgekehrt ist unter bestimmten Voraussetzungen Alleinerledigung an sich vor den Beschlußkörper gehörender Sachen durch dessen Vorsitzenden möglich (Abs. 3 a. a. O.). Aufsichtssachen eignen sich wegen des Zweckes der Aufsicht und wegen der Verschleierung der Verantwortungen wenig für die Erledigung durch (kollegiale und mit Nichtbeamten besetzte) Beschlußkörper und sind ihr im allgemeinen nicht, aber doch in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen zugewiesen (z. B. §§ 324, 326, 640, 681, 1339 RVO.). Die allgemeinen Regeln über das Beschlußverfahren betreffen hauptsächlich die örtliche Zuständigkeit (§§ 1783 bis 1787 RVO., §§ 287, 253, 215 bis 217 AVG.), die Nichtöffentlichkeit der Verhandlungen (§ 1790 RVO., § 288 AVG.) und die Rechtsmittel; im übrigen verweisen sie vielfach auf die Bestimmungen über das Spruchverfahren (§§ 1789, 1790, 1796, 1799, 1801 RVO., §§ 287, 289 AVG.). Als Rechtsmittel ist in Beschlußsachen der Angestelltenversicherung nur die Beschwerde gegen Entscheidungen des Versicherungsamtes an das Oberversicherungsamt vorgesehen (§§ 290, 294 AVG.). Das Beschlußverfahren der RVO. kennt Beschwerde gegen Entscheidungen der Versicherungsämter und Oberversicherungsämter als erster Instanz an die vorgesetzte Behörde (§§ 1792, 1793 RVO.) und weitere Beschwerde gegen zweitinstanzliche Entscheidungen der Oberversicherungsämter an das Reichs- oder Landesversicherungsamt (§ 1797 RVO.). In Einzelvorschriften sind die Beschwerdemöglichkeiten teils eingeschränkt, teils Rechtsmittel an andere Stellen als Versicherungsbehörden vorgesehen (z. B. § 681 RVO.: Reichsrat). Über Kosten des Verfahrens und Gebühren der Rechtsanwälte gelten die gleichen Vorschriften wie im Spruchverfahren (§§ 1802ff. RVO., §§ 310f. AVG.).

§ 31. Rechtsprechung.

Ein großer Teil der Tätigkeit der Versicherungsbehörden ist richterlicher Art; alle Versicherungsbehörden nehmen an der Rechtsprechung in Sozialversicherungssachen teil. Die Streitigkeiten, in denen die Versicherungsbehörden verwaltungsgerichtlich tätig werden, sind sehr mannigfacher Art; über sie und ihre Verweisung in das Spruch- oder Beschlußverfahren ist zunächst eine Übersicht zu geben (I). Sodann ist das Spruchverfahren einschließlich der in ihm möglichen Rechtsmittel darzustellen (II), während für das Beschlußverfahren auch dort, wo es auf Rechtsstreitigkeiten Anwendung findet, nichts anderes gilt als in Verwaltungssachen (oben § 30 IV). Endlich ist die Vollstreckung von Entscheidungen in Sozialversicherungssachen zu behandeln (III).

I. Unter den Rechtsstreitigkeiten, die zur Entscheidung der Versicherungsbehörden kommen können, stehen diejenigen über Leistungen der Versicherungsträger (1) an erster Stelle. Daneben können Streite über Beitragsansprüche der

Versicherungsträger (2), über die Ausgleichung der Beiträge zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer (3), über Ersatzansprüche zwischen Versicherungsträgern sowie zwischen diesen und anderen Rechtssubjekten (4), Arbeitsstreitigkeiten zwischen Versicherungsträgern und ihrem Personal (5) sowie mancherlei Streitigkeiten verschiedener Art (6) vor die Versicherungsbehörden gebracht werden.

1. Über den Anspruch des Versicherten oder sonst Berechtigten auf Leistungen wird in allen Versicherungszweigen auf Antrag im Spruchverfahren entschieden. Dabei sprechen die Sozialversicherungsgesetze, trotzdem gegebenenfalls ein Leistungsurteil ergeht, von Feststellung der Leistungen, unterscheiden nicht klar zwischen dem Verwaltungsverfahren, das zur Parteientschließung des Versicherungsträgers führt (oben § 23 II 3, S. 179), und dem gegebenenfalls anschließenden Rechtsprechungsverfahren und bezeichnen den dieses einleitenden Rechtsbehelf meist als Rechtsmittel, obwohl er in Wahrheit Klage ist. Die Tätigkeit der Versicherungsbehörden im Leistungsstreit setzt stets einen Antrag voraus, während die Entschließung des Versicherungsträgers teilweise von Amts wegen erfolgt. In erster gerichtlicher Instanz wird der Streit über Leistungen aus der Krankenversicherung vom Versicherungsamt (meist Spruchausschuß) entschieden (§ 1636 RVO.), während in den anderen Versicherungszweigen als erste Rechtsprechungsinstanz das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) tätig wird (§ 1675 RVO., § 252 AVG., §§ 30, 180 ArblVG., § 195 RKnG.). Der zur verwaltungsgerichtlichen Entscheidung führende Rechtsbehelf ist nur in der Arbeitslosenversicherung an besondere Voraussetzungen geknüpft, sonst unbeschränkt zulässig. Die Entscheidung über den Leistungsanspruch schließt die Entscheidung über dessen sämtliche Voraussetzungen ein, also nicht nur über das Vorliegen eines Versicherungsfalles, sondern auch über die Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung, über den Bestand des Versicherungsverhältnisses, über die Zugehörigkeit zu dem in Anspruch genommenen Versicherungsträger usw. Diese Fragen können aber auch den Gegenstand eines besonderen Streitverfahrens bilden, wo das Gesetz ein solches zuläßt. — Einzelne besondere Streitigkeiten, die sich aus Anlaß von Leistungen ergeben, sind dem Beschlußverfahren zugewiesen, so der Streit wegen Sachleistungen für Trunksüchtige oder landwirtschaftliche Deputatempfänger (§§ 121, 1276 RVO., § 52 AVG., § 225 RKnG.), der Streit anläßlich des Heilverfahrens außerhalb der Rentenfeststellung (§§ 1273, 1305 RVO., § 47 AVG.) und der Streit zwischen Arbeitgeber und Krankenkasse über die erweiterte Krankenpflege für Hausgehilfen (§ 438 RVO.).

2. Über die Verpflichtung zur Beitragsleistung kann selbständig im Beschlußverfahren (nur in der Knappschaftsversicherung im Spruchverfahren) entschieden werden (§§ 405, 520, 757ff., 814, 1000, 1023, 1027a, 1156, 1178ff., 1197, 1372 Nr. 18, §§ 1427, 1459ff. RVO., §§ 193ff. AVG., §§ 194f. RKnG.); für die Beitragspflicht zur Arbeitslosenversicherung ist wegen der Verknüpfung mit der Krankenversicherung eine eigene Entscheidung nicht vorgesehen. Streiten die Träger der Angestellten- und Invalidenversicherung miteinander über die Beitragspflicht zur einen oder anderen Versicherung, so entscheidet in erster Reihe die schriftlich einzuholende gemeinsame Erklärung des Arbeitgebers und Arbeitnehmers (§ 193 AVG.). Ein Fall des Beitragsstreites ist es auch, wenn angeblich zu Unrecht gezahlte Beiträge zurückgefordert werden (vgl. §§ 405, 1461 RVO.); hierfür ist auch in der Arbeitslosenversicherung das Beschlußverfahren eröffnet (§ 165a ArblVG.). Mit dem Beitragsstreit verwandte Sonderfälle sind die Streitigkeiten über die Versicherungspflicht und die Befreiung davon (§§ 173, 549, 922, 1240 bis 1242 RVO., §§ 15, 16 AVG., § 85b ArblVG., §§ 15, 29, 30, 52 RKnG.), über die Beitragsbefreiung landwirtschaftlicher Kleinarbeitgeber (§ 1012 RVO.) und über die Zugehörigkeit von Betrieben zu Versicherungsträgern und Gefahrklassen (§§ 258, 542, 660ff., 667ff., 711f., 969f., 979, 1134, 1153ff.); auch diese Streitigkeiten werden im Beschlußverfahren entschieden.

3. Wo Arbeitgeber und Versicherungspflichtige gemeinsam beitragspflichtig sind, kann zwischen ihnen Streit bei der Ausgleichung entstehen; auch dieser wird im Beschlußverfahren von den Versicherungsbehörden entschieden (§§ 405, 1461 RVO., § 195 AVG.).

4. Für Streit über den Ersatz gewährter Versicherungsleistungen oder anderer Leistungen ist im allgemeinen das Spruchverfahren vor den Versicherungsbehörden — unter Ausschluß jedes anderen Rechtsweges — eröffnet (§§ 224, 525, 1512, 1520, 1526, 1540, 1541 RVO., § 105 RKnG.). In diesem Verfahren werden auch Ersatzansprüche der Reichsanstalt gegen andere Versicherungsträger verfolgt, während über Ansprüche gegen andere öffentlichrechtliche Körperschaften deren Dienstaufsichtsbehörde unter Ausschluß des Rechtsweges entscheidet (§ 112a Abs. 3 ArblVG.). Streitigkeiten der Reichsanstalt mit dem Arbeitgeber über dessen Pflicht zur Erstattung zu Unrecht gewährter Arbeitslosenunterstützung entscheiden die Organe der Reichsanstalt im Verwaltungswege (§ 113 Abs. 2).

5. Arbeitsrechtliche Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern und ihrem Personal gehören im allgemeinen vor die Arbeitsgerichtsbehörden. Jedoch wird deren Zuständigkeit bei Dienstordnungsangestellten der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften teils durch die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden ausgeschlossen; teils — bei vermögensrechtlichen Ansprüchen im engeren Sinne — muß der Klage beim Arbeitsgericht eine Entscheidung der Versicherungsbehörde vorangehen, an die die bürgerlichen (Arbeits-) Gerichte insoweit gebunden sind, als sie über die Zulässigkeit einer außerordentlichen, wenn auch befristeten Kündigung gegenüber einem nur noch aus wichtigem Grunde kündbaren Angestellten ergehen (§§ 358, 705, 978, 1147 RVO.).

6. Unter den verschiedenartigen Streitigkeiten, die sonst noch der Rechtsentscheidung durch die Versicherungsbehörden zugewiesen sind, verdienen Erwähnung der Streit über die Vermögensauseinandersetzung zwischen Berufsgenossenschaften oder Versicherungsanstalten, der vom Beschlußsenat des Reichs- oder Landesversicherungsamtes entschieden wird, wenn keine Verständigung über eine schiedsrichterliche Entscheidung zustandekommt (§§ 646, 960, 1337 RVO.), der Streit über die Postvorschüsse der Berufsgenossenschaften (§§ 728, 988, 1160), der Streit über die besonderen Maßnahmen, die ergriffen werden, wenn Bau- und andere Unternehmer mit den Unfallversicherungsbeiträgen rückständig sind (§§ 770, 771, 776, 821), und die Streite über Ordnungsstrafbeschlüsse der Organe von Versicherungsträgern (§§ 318a, 529, 530, 910, 910a, 1045, 1208, 1224, 1500, 1556, 1581 RVO., §§ 200 bis 202 AVG.). Die Entscheidung ergeht im Beschlußverfahren, das aber hier wie in anderen, bereits angeführten Fällen als Rechtsprechungs- und nicht als Verwaltungsverfahren anzusehen ist. Im Spruchverfahren vor dem Reichs- oder Landesversicherungsamt ist über den Streit mehrerer Versicherungsträger wegen der Leistungszuständigkeit und im Vorbereitungsverfahren zu entscheiden (§§ 1735ff., §§ 1739ff. RVO.).

Die erstinstanzliche Zuständigkeit in Rechtsprechungssachen ist, soweit sie nicht schon erwähnt wurde, auf die verschiedenen Versicherungsbehörden recht uneinheitlich verteilt und ergibt sich aus den angeführten Gesetzesstellen. Über die Zuständigkeitsverteilung zwischen Reichs- und Landesversicherungsamt sind noch die §§ 724, 725, 986, 987, 1708 RVO. zu vergleichen. In Streitsachen aus der See-Unfallversicherung tritt teilweise das Seemannsamt (Konsulat, § 5 der Seemannsordnung vom 2. Juni 1902, RGBl. S. 175) ein (§§ 1107 bis 1109, 1770 RVO.).

II. Das für Rechtsprechungssachen in erster Linie vorgesehene Spruchverfahren ist geregelt in den Hauptgesetzen des Sozialversicherungsrechts (in der RVO. im Sechsten Buch) und in ergänzenden Verfahrensverordnungen (s. oben § 28). Bei der hier nur skizzenhaft möglichen Darstellung ist zu unterscheiden

zwischen den leitenden Grundsätzen des Verfahrens, die in erster wie in den höheren Instanzen gelten (1), und den möglichen Rechtsmitteln (2).

1. Die Verfahrensgrundsätze entsprechen dem, was im reichsdeutschen Recht für das Verwaltungsstreitverfahren üblich ist; sie sind in den Gesetzen nicht alle sehr deutlich formuliert.

a) Die örtliche Zuständigkeit in erster Instanz richtet sich im allgemeinen nach dem Wohn- oder Beschäftigungsort des Versicherten zur Zeit des Antrages oder zuletzt vorher; bei mehrfacher Zuständigkeit entscheidet die erste Anrufung, in Zuständigkeitsstreitigkeiten die gemeinsame übergeordnete Behörde (§§ 1637 bis 1640, 1677f. RVO., §§ 215 bis 217, 253 AVG., §§ 180, 168 ArblVG., § 195 RKnG.).

b) Der Rechtsstreit unterliegt insofern der Parteiverfügung, als er einen Antrag (meist „Berufung" genannt) voraussetzt (§§ 1636, 1675 RVO., § 252 AVG., § 180 ArblVG., § 195 RKnG.) und als Entscheidungen zumeist nur innerhalb der wenn auch unbestimmt gehaltenen Parteianträge getroffen werden können. Auch können die Parteien auf Ansprüche verzichten, Ansprüche anerkennen und Vergleiche schließen (vgl. § 1666 RVO.).

c) Im übrigen überwiegt die Offizialmaxime. Sie zeigt sich in dem Amtsbetrieb, der den Prozeßgang beherrscht. Terminsbestimmungen, Ladungen, Zustellungen erfolgen von Amts wegen (§§ 135, 1655, 1679, 1698, 1701 RVO.). Die Verhandlung wird vom Vorsitzenden vorbereitet, der hierzu auch Beweise erheben kann (§§ 1652, 1679, 1698, 1701 RVO., §§ 218, 258 AVG., § 195 RKnG.). Der Sachverhalt wird von Amts wegen ermittelt (Untersuchungsmaxime); den Umfang des zu erhebenden Beweises bestimmt die Versicherungsbehörde (§ 1665 RVO. usw.). Regeln über Beweiswirkung und Beweislast bestehen nicht. Doch ist im Streit über die Abfindung eines den Inlandaufenthalt aufgebenden Kranken das Gutachten des Arztes, über den die Beteiligten sich geeinigt haben, oder des beamteten Arztes maßgebend (§ 217 RVO.). Auch muß auf Antrag des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werden (§§ 1681, 1701 RVO., abweichend § 259 AVG.). In der Beschaffung des Prozeßstoffes wird die Versicherungsbehörde durch die Parteien nur unterstützt. Prozeßleitung und Sitzungspolizei stehen dem Vorsitzenden zu (§§ 1664, 1679, 1698, 1701 RVO., §§ 240, 253, 273 AVG., § 195 RKnG.).

d) Der selbstverständliche Grundsatz, daß die rechtsprechende Behörde die anzuwendenden Rechtssätze zu kennen (jura novit curia) und auf ihre Gültigkeit nachzuprüfen hat, gilt auch für die Versicherungsbehörden.

e) Die Entscheidung fällt die Versicherungsbehörde unter freier Beweiswürdigung nach pflichtmäßiger Überzeugung. Damit diese keine Trübung erleidet und auch nicht der Verdacht einer solchen aufkommt, bestehen Vorschriften über Ausschluß und Ablehnung von Entscheidungspersonen (§§ 1641 bis 1649, 1712 usw. RVO., §§ 233ff., 279, 289 AVG., § 183 ArblVG.).

f) Die Entscheidung setzt beiderseitiges Gehör voraus (§ 1662 RVO.). Von den vorbereitenden Beweiserhebungen ist den Beteiligten Kenntnis zu geben, damit sie dazu Stellung nehmen können (§ 1653). Die Parteien können sich vor den Versicherungsbehörden durch Rechtsanwälte oder andere Personen vertreten lassen. Geschäftsmäßige Vertreter, die nicht Rechtsanwälte oder sonst zur Vertretung ordnungsmäßig zugelassen sind, können zurückgewiesen werden (§§ 1662, 1663, 1714, auch §§ 1804f. RVO., §§ 238, 239 AVG.). Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können ihre Ansprüche auch vor den Versicherungsbehörden selbständig verfolgen (§ 1650 RVO., § 214 AVG.). Persönliches Erscheinen kann angeordnet werden; dem Versicherten werden dann auf Verlangen bare Auslagen und Zeitverlust vergütet (§ 1669 RVO., § 242 AVG.). Um der Entscheidung den wünschenswerten Spielraum zu sichern, können andere als die in Anspruch genommenen Versicherungsträger beigeladen werden (§§ 1652, 1687, 1703, 1737 RVO.).

g) Die Entscheidung beruht, soweit Beweistatsachen in Betracht kommen, grundsätzlich auf unmittelbarer Wahrnehmung der entscheidenden Personen. Doch braucht nicht immer der gesamte Spruchkörper den Beweis zu erheben; der Vorsitzende kann das schon im vorbereitenden Verfahren tun (§ 1652 RVO.) und kann auch später noch mit der Ausführung des Beweisbeschlusses betraut werden (§ 1665). Auch können die Versicherungsbehörden sich der Rechtshilfe anderer Behörden bedienen (§ 115 RVO., § 318 AVG., § 204 ArblVG., § 220 RKnG.).

h) Die Verhandlung vor der Versicherungsbehörde ist grundsätzlich mündlich, auch dann, wenn die Entscheidung von dem Vorsitzenden allein gefällt werden kann (§§ 1660, 1661, 1679 RVO., § 254 AVG., § 195 ArblVG., § 195 RKnG.). Nur vom Reichs- und Landesversicherungsamt können Rechtsmittel unter bestimmten Voraussetzungen ohne mündliche Verhandlung verworfen oder gebilligt werden (§ 1713 RVO., § 280 AVG.; auch V. Teil, Kap. VI der V. des Reichspräsidenten vom 5. Juni 1941). Über die Verhandlung wird eine Niederschrift aufgenommen (§ 1672 RVO.).

i) Die Verhandlung ist öffentlich; doch kann die Öffentlichkeit aus Gründen des öffentlichen Wohles oder der Sittlichkeit ausgeschlossen werden (§§ 1660, 1661 RVO., § 264 AVG., § 195 Abs. 2 ArblVG.). Die Entscheidung wird in jedem Fall öffentlich verkündet (§ 1671 RVO., § 263 AVG.).

k) Kosten des Verfahrens werden den Beteiligten im allgemeinen nicht auferlegt. Jedoch können demjenigen, der durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung besondere Kosten veranlaßt hat, diese ganz oder teilweise auferlegt werden (§ 1802 RVO., § 310 AVG.). Auch haben im Verfahren vor dem Reichs- oder Landesversicherungsamt die Versicherungsträger der RVO. für jede Spruchsache, an der sie beteiligt sind, eine feste Gebühr zu entrichten (§ 1803 RVO.). (Wegen der Kosten für die Versicherungsbehörden vgl. im übrigen oben § 28.) Auch die obsiegende Partei hat keinen allgemeinen Anspruch auf Erstattung der (außergerichtlichen) Kosten. Soweit ein solcher Anspruch im Einzelfalle begründet ist, hat die Entscheidung sich von Amts wegen darüber auszusprechen (§ 1670 RVO.).

2. Rechtsmittel sind im Spruchverfahren teils als ordentliche (a), teils als außerordentliche (b) vorgesehen.

a) An ordentlichen Rechtsmitteln sind zugelassen: unbeschränkt die Berufung an das Oberversicherungsamt gegen erstinstanzliche Urteile der Versicherungsämter in Krankenversicherungssachen (§ 1675 RVO.), in beschränktem Umfange die Revision an das Reichs- oder Landesversicherungsamt gegen Urteile der Oberversicherungsämter in Sachen der Invaliden- und der Angestelltenversicherung, die nur auf Nichtanwendung oder unrichtige Anwendung des bestehenden Rechts, auf Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten oder auf wesentliche Verfahrensmängel gestützt werden kann (§§ 1694 bis 1697 RVO., §§ 270 bis 272 AVG., vgl. auch § 195 RKnG.), und der zur vollen Nachprüfung führende Rekurs an das Reichs- oder Landesversicherungsamt gegen Urteile der Oberversicherungsämter in Sachen der Unfallversicherung (§§ 1699 f. RVO.). Bemerkenswert sind die stark mechanisch wirkenden Vorkehrungen zur Sicherung einheitlicher Rechtsprechung durch das Reichsversicherungsamt und über die Bindung der Oberversicherungsämter an diese (§§ 1693, 1716 bis 1719 RVO., §§ 269, 282f. AVG.). In der Arbeitslosenversicherung ist ein allgemeines Rechtsmittel gegen die erstinstanzlichen richterlichen Entscheidungen der Spruchkammern nicht vorgesehen; nur in Fällen erstmaliger grundsätzlicher Auslegung von gesetzlichen Vorschriften oder der Abweichung von Auslegungsgrundsätzen des Reichsversicherungsamtes ist die Einschaltung des Spruchsenats für die Arbeitslosenversicherung beim Reichsversicherungsamte vorgeschrieben (§ 182 ArblVG.).

b) Als außerordentliches Rechtsmittel ist der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens vorgesehen, der der Nichtigkeitsklage und der Restitutionsklage

der Zivilprozeßordnung nachgebildet ist (§§ 1722 bis 1734 RVO., §§ 295 bis 306 AVG., §§ 195, 197 RKnG.).

III. Eine zwangsweise Vollstreckung kommt in der Sozialversicherung sowohl bei den Verwaltungsakten der Versicherungsträger, insbesondere bei der Heranziehung zu Beiträgen, wie bei den Entscheidungen der Versicherungsbehörden in Betracht. Gegen die Versicherungsträger sind allgemein anwendbare Formen der Zwangsvollstreckung nicht vorgesehen; auf die Erfüllung der zuerkannten Leistungsansprüche hat die Aufsichtsbehörde hinzuwirken. Für die Beitreibung von Beitragsrückständen ist den Versicherungsträgern die landesrechtlich für Gemeindeabgaben geregelte Verwaltungszwangsvollstreckung zur Verfügung gestellt, vor die sie ein Mahnverfahren schalten können (§ 28 RVO., § 212 AVG., § 145 ArblVG., § 143 RKnG.), den gewerblichen Berufsgenossenschaften auch die zivilprozessuale Zwangsvollstreckung auf Grund selbstausgefertigter Vollstreckungstitel (§ 754a RVO.). Die Rechtshilfepflicht der öffentlichen Behörden erstreckt sich auf die Vollstreckung von Entscheidungen der Versicherungsbehörden (§ 115 RVO., § 318 AVG., § 220 RKnG.; vgl. auch § 1670 Abs. 3 RVO.).

IV. Teil.

Sondergebiete innerhalb des Sozialversicherungsrechts.

§ 32. Kassenärztliche Rechtsverhältnisse.

Praktischer Zusammenhänge wegen sind in die Gesetze über die öffentlichrechtliche Sozialversicherung einige Bestimmungen eingelagert, die sich mit gewissen kraft positiven Rechts bürgerlichrechtlich gestalteten Beziehungen der Versicherungsträger zu Personen beschäftigen, deren Hilfe sie bei der Durchführung ihrer Aufgaben nötig haben. Das sind einmal diejenigen, die die Erbringung der Sachleistungen ermöglichen, die Ärzte, Zahnärzte, Hebammen, sonstigen Heilpersonen sowie die Rechtsträger von Krankenanstalten und Apotheken, und zum andern das Verwaltungspersonal der Versicherungsträger (s. § 33). Um diese privatrechtlichen Beziehungen ranken sich dann wieder besondere öffentlichrechtliche Vorschriften. Soweit die im Zusammenhange mit der Gewährung von Heilbehandlung irgendwelcher Art notwendig werdenden Drittbeziehungen in Frage kommen, hat nur das Rechtsverhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzten einen einigermaßen systematischen Ausbau erfahren und bedarf hier einer wenn auch flüchtigen Darstellung. Auf die verstreuten Einzelbestimmungen teils bürgerlichrechtlicher, teils öffentlichrechtlicher Art über Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und anderen Versicherungsträgern (z. B. § 1543d RVO.) und zwischen Versicherungsträgern und anderen Heilpersonen und Heilmittellieferern kann nicht eingegangen werden.

I. Ärztliche Behandlung ist die wichtigste Sachleistung und darüber hinaus wohl die überhaupt wichtigste Leistung der Krankenversicherung und der Unfallversicherung. Sie ist das Kernstück der Krankenpflege und der Krankenbehandlung und Bestandteil vieler anderer Leistungen. Dafern nicht Krankenhauspflege eintritt, wird sie dem Kassenkranken (Versicherten oder Familienangehörigen) in der ärztlichen Sprechstunde, nötigenfalls in seiner Wohnung oder am dritten Ort gewährt. Nur unter ganz besonderen Voraussetzungen (§§ 370, 370a RVO.) darf die freie ärztliche Behandlung durch Geldleistungen ersetzt werden. Da die Versicherungsträger als juristische Personen die ärztliche Behandlung nicht selbst erbringen können, ist in § 122 RVO. ein für allemal bestimmt, durch wen und in welcher Weise sie zu gewähren ist (wegen der Zahnbehandlung vgl. ergänzend § 123 RVO.). Ärztliche Behandlung wird regelmäßig durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte, in Ausnahmefällen durch andere heilkundige Personen gewährt. Die Approbation ist in § 29 GewO. geregelt; sie setzt wissenschaftliche medizinische Ausbildung voraus. Approbierte Ärzte können jede im Gesetz vorgesehene ärztliche Behandlung leisten, während approbierte Zahnärzte selbständig nur zur Behandlung von Zahnkrankheiten (unter Einschluß auch von Mund- und Kieferkrankheiten) von den Versicherungsträgern verwendet werden können. Andere heilkundige Personen können ärztliche Behandlung im Sinne der Sozialversicherungsgesetze nur ausüben auf ärztliche oder zahnärztliche Anordnung, in dringenden Fällen oder nach besonderer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde. In Be-

tracht kommen dabei besonders Bader, Hebammen (vgl. § 376a RVO.), Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure, Krankenschwestern (vgl. § 185a RVO.), auch Zahntechniker. Die Aufzählung dieser Personen im § 122 ist nicht erschöpfend. Doch ist zu ärztlicher Behandlung auch in den Fällen, in denen sie von Nichtapprobierten geleistet werden darf, nur berufen, wer etwas davon versteht, gewöhnlich also entsprechend ausgebildet ist. Trotz der im Deutschen Reiche bestehenden sogenannten Kurierfreiheit sind die Laienbehandler oder Kurpfuscher zur Erbringung von ärztlicher Behandlung als Leistung der Sozialversicherung nicht zugelassen. Über Art und Weise der Behandlung enthält das Gesetz keine ausdrücklichen Bestimmungen. Sachgemäße Behandlung der Kranken ist nur durch die Vorschrift darüber gesichert, durch wen sie zu gewähren ist, welche Eigenschaften also der behandelnde Mensch haben muß. Darin liegt zugleich, daß er sich bei der ärztlichen Behandlung so zu verhalten hat, wie die berufliche Ausbildung ihm gebietet. Der approbierte Arzt und Zahnarzt hat als ärztliche Behandlung das zu leisten, was den ärztlichen Kunstregeln entspricht und wozu er durch die Approbation als fähig anerkannt ist. Für die Krankenversicherung kann der Reichsausschuß noch weitere Vorschriften über die Behandlungsweise in Form von Richtlinien nach § 368e RVO. erlassen. Da nun die Sozialversicherung zu ihrer Durchführung der Mitwirkung von Ärzten, sei es zur Behandlung, sei es zur Begutachtung und verwaltungsmäßigen Erledigung der Versicherungsfälle, bedarf, da aber eine allgemeine Behandlungspflicht für die Ärzte nach deutschem Rechte nicht besteht, müssen die Beziehungen zwischen Versicherungsträgern und Ärzten rechtsgeschäftlich begründet werden. Organisatorisch sind Ärzte als solche an den deutschen Sozialversicherungsträgern nicht beteiligt (abgesehen von einem kleinen Ansatz dazu im Hauptausschuß für Krankenversicherung, § 414b RVO.). Auch sonst hat die Gesetzgebung sich nur zögernd um die aus der Heranziehung der Ärzte erwachsenden Rechtsprobleme gekümmert. Nur für die Krankenversicherung enthielt die RVO. von 1911 einige dürftige Bestimmungen. Die starken Einwirkungen der öffentlichrechtlichen Krankenversicherung auf die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse der Ärzte und die dadurch bedingten ständigen Reibungen haben zum Abschluß des sogenannten Berliner Abkommens vom 23. Dezember 1913 und nach Krieg und Inflationszeit zum Erlaß von Verordnungen (auf Grund Ermächtigungsgesetzes) im Herbst 1923 geführt, die jetzt zur Hauptsache in die RVO. eingearbeitet sind. Das rechtliche Mittel, durch das die Krankenkasse sich der erforderlichen ärztlichen Tätigkeit versichert, ist der Kassenarztvertrag (II); sein Inhalt wird meist durch Kollektivverträge (III) vorgezeichnet, deren Zustandekommen durch besondere Einrichtungen kassenärztlicher Selbstverwaltung gefördert wird (IV). Von der Mitwirkung dieser Einrichtungen ist meist auch die Zulassung (V) des einzelnen Arztes zur Tätigkeit für eine Kasse abhängig gemacht.

II. Der Kassenarztvertrag ist ein bürgerlichrechtlicher, der Schriftform bedürftiger und seit der Diktaturverordnung vom 26. Juli 1930 mit zwingendem Mindestinhalt ausgestatteter Vertrag (§ 368 RVO.) zwischen einer Krankenkasse oder einem Kassenverband (vgl. § 407 Nr. 2) und einem approbierten Arzte, durch den der Arzt sich (als Kassenarzt) der Kasse gegenüber zur ärztlichen Behandlung von Kassenkranken, denen die Kasse ärztliche Behandlung zu gewähren hat, und zur Miterledigung der erforderlichen Verwaltungsarbeiten gegen ein von der Kasse zu gewährendes Entgelt verpflichtet. Zur Bestimmung der dem Kassenarzt abzufordernden einzelnen Leistungen schaltet sich zwischen Kasse und Arzt vielfach die Entschließung der Kassenkranken ein; die Krankenkasse soll ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten freilassen (§ 369). Bei der Ausführung seiner Leistungen ist der Kassenarzt mannigfach an Weisungen der Krankenkasse gebunden und untersteht hinsichtlich der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten (Anspruchsvoraussetzung für das

Krankengeld) und hinsichtlich seiner Verordnungen, insbesondere von ärztlichen Sachleistungen, der Überwachung durch einen Vertrauensarzt oder einen Prüfungsausschuß. Der Kassenarztvertrag ist ein Arbeitsvertrag, auf den die §§ 611ff. BGB. und die allgemeinen arbeitsrechtlichen Grundsätze Anwendung finden, für den aber daneben Sondervorschriften bestehen. Arbeitsvertrag, aber nicht Kassenarztvertrag im technischen Sinn, ist auch der Vertrag, durch den die Krankenkasse einen Vertrauensarzt anstellt; über die Auswahl der Vertrauensärzte, den Inhalt ihrer Anstellungsverträge und die Sicherung ihrer Unabhängigkeit hat das Reichsversicherungsamt auf Grund des § 368 Abs. 2 Nr. 2 RVO. Bestimmungen vom 23. Dezember 1930 (AN. 1931 S. 4) erlassen. Auch sonst ist es rechtlich nicht ausgeschlossen, daß eine Krankenkasse Ärzte anstellt, deren Verhältnis dann nach allgemeinem Rechte zu beurteilen ist. Der Kassenarztvertrag kann als rein individueller, als sogenannter selbständiger Einzelvertrag geschlossen werden oder in den Geltungsbereich eines kassenärztlichen Kollektivvertrages (Gesamtvertrages) fallen; ganz ausnahmsweise kann der Kollektivvertrag alle Mitglieder der abschließenden Ärztevereinigung zur Kassenpraxis zulassen und verpflichten und macht dann individuelle Verträge entbehrlich. Im Kollektivvertrag können Vorschriften für die Auswahl der Parteien für abzuschließende Individualverträge (Zulassung) enthalten sein.

III. Die kassenärztlichen Kollektivverträge ähneln juristisch den Tarifverträgen für Arbeiter und Angestellte, fallen aber nicht unter die Tarifverordnung. In ihnen werden Inhaltsbestimmungen für eine unbestimmte Mehrzahl von Einzelverträgen, allgemeine Arbeitsbedingungen für kassenärztliche Arbeitsverhältnisse, durch Übereinkunft zwischen einer oder mehreren Krankenkassen, Kassenverbänden oder Kassenvereinigungen (vgl. § 414) einerseits und wirtschaftlichen Vereinigungen von Kassenärzten (gebildet in Ausnutzung der Vereinigungsfreiheit des Art. 159 RV.) andrerseits festgelegt und zugleich gegenseitige Verpflichtungen der abschließenden Parteien begründet. Der Geltungsbereich des kassenärztlichen Gesamtvertrages ist örtlich meist eng beschränkt.

IV. Auf einigermaßen einheitliche Gestaltung der kassenärztlichen Verhältnisse im ganzen Reiche wirkt die kassenärztliche Selbstverwaltung hin, in deren Einrichtungen die Spitzenverbände der Ärzte und der Krankenkassen einen praktisch sehr bedeutenden Einfluß üben. Zu unterscheiden sind die zentralen Stellen, die bestimmt sind, die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft einer zweckmäßigen und möglichst einheitlichen Regelung entgegenzuführen (1), und die vom engen örtlichen Bereich her aufgebauten Stellen zur Herbeiführung und Durchsetzung konkreter rechtlicher Verhältnisse (2).

1. Der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen (§§ 368aff. RVO.), neben dem noch Landesausschüsse möglich sind (§ 368g), ist eine selbstverwaltungsmäßig organisierte zentrale Reichsbehörde zur Regelung der Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten. Er untersteht dem Reichsarbeitsminister. Neben drei Unparteiischen, meist Beamten, besteht er aus je fünf Interessentenmitgliedern, die von den Spitzenverbänden der Ärzte und der Krankenkassen gewählt werden. Neben beschränkten Verordnungsbefugnissen (§§ 368f, 368k) hat der Reichsausschuß die Aufgabe, die beiderseitigen Beziehungen durch Aufstellung einheitlicher Richtlinien einer kollektiven Regelung entgegenzuführen. Die Richtlinien geben Anhaltspunkte für die Gestaltung der kassenärztlichen Rechtsverhältnisse in Gesamt- und Einzelverträgen, binden aber rechtlich zunächst niemanden. Ihre Rechtswirkung erschöpft sich in der Anleitung des sonst freien Ermessens der Schiedsinstanzen (s. unten 2). Zwingendes Recht sind sie, entgegen der Ansicht des Reichsausschusses, in keinem Falle. Von den vom Reichsausschuß aufgestellten Richtlinien seien genannt die Vertragsrichtlinien vom 14. November 1928 (AN. S. 409), die Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung sowie für die Anwendung elektro-physikalischer Heilmethoden, beide vom 15. Mai 1925 (RArbBl. S. 255, 257), die Zulassungsordnung

vom 14. November 1928 (AN. S. 401) und die Richtlinien für die Tätigkeit von Krankenschwestern vom 10. April 1924 (RArbBl. S. 165).

2. Der Überführung der Richtlinien in die Praxis dienen die Schiedsinstanzen und Vertragsausschüsse (§§ 368kff. RVO.). Zum Abschluß eines kassenärztlichen Gesamtvertrages genügt nicht die übereinstimmende Willenserklärung der Vertragsteile, bedarf es vielmehr außerdem der Zustimmung einer dritten Stelle, zunächst des Vertragsausschusses. Ein solcher besteht grundsätzlich bei jedem Versicherungsamt für dessen Bezirk, in so lockerer Organisationsform, daß dem Ausschuß ein Eigendasein nicht zuerkannt werden kann, er vielmehr als bloßer Verfahrensbehelf für den Vertragsschluß anzusehen ist. Scheitern im Vertragsausschusse die Verhandlungen, so können die Parteien ein Schlichtungsverfahren vor den Schiedsinstanzen herbeiführen. Als solche bestehen Schiedsämter bei den Oberversicherungsämtern, ein Reichsschiedsamt beim Reichsversicherungsamt und unter Umständen auch Landesschiedsämter bei Landesversicherungsämtern. Sie sind nach der Weise der bürgerlichen Selbstverwaltung als Behörden aus Beamten („unparteiischen Mitgliedern") und Interessentenmitgliedern gebildet. Ihre Zuständigkeit ist eine doppelte. Von ihnen wird ein schlichterischer Interessenausgleich zwischen den möglichen Partnern eines kassenärztlichen Gesamtvertrages mit staatlicher Hilfe angebahnt, nötigenfalls ein Zwangsausgleich in rechtsschöpferischer Entscheidung über die Bedingungen kassenärztlicher Kollektivverhältnisse geschaffen. Diese Entscheidung tritt dann an die Stelle des Vertrages der Parteien. Ihr sind die Richtlinien des Reichsausschusses zugrundezulegen, die hierin ihre eigentümliche Rechtswirkung äußern; nur wenn die Parteien wichtige Gründe geltend machen, darf die Schiedsinstanz von den Richtlinien abweichen. Ferner sind die Schiedsinstanzen zuständig zu rechtsprechender, sondergerichtlicher Entscheidung über gewisse Rechtsstreitigkeiten aus kassenärztlichen Verträgen (oder schlichterischen Entscheidungen), so unter anderem in Zulassungssachen. Zwischen den Schiedsinstanzen besteht in Zuständigkeiten aller Art ein wenig beschränkter Instanzenzug. — Im Knappschaftsrecht (§§ 204 bis 211 RKnG.) bestehen über das Verhältnis der Ärzte zum Versicherungsträger vom Kassenärzterecht etwas abweichende Vorschriften; auch hier sind zu schlichterischer wie rechtsprechender Entscheidung Schiedsämter bei den Knappschaftsoberversicherungsämtern und ein Oberschiedsamt beim Reichsversicherungsamt vorgesehen.

V. Die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit als Kassenärzte bestimmter Kassen beruht, wo sie überhaupt rechtlich geregelt ist, auf dem kassenärztlichen Gesamtvertrag. Auf Erwerbsgelegenheit der von ihm gewünschten Art und damit auf den Abschluß eines sie sichernden Vertrages hat im allgemeinen niemand ein Recht. Doch hat die große wirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherung für die Ärzte es mit sich gebracht, daß die Ärzte unbeschränkte Betätigungsmöglichkeit an den Kassenkranken, sogenannte freie Arztwahl, erstreben. Zugleich besteht die Notwendigkeit sparsamer Wirtschaft der Versicherungsträger und ein Bedürfnis nach einer gewissen Planwirtschaft. Deshalb hat der Reichsausschuß in einer Zulassungsordnung genannten Richtlinie Bestimmungen darüber vorgesehen, in welchem Verfahren und unter welchen Voraussetzungen ein Arzt als Kassenarzt für eine Krankenkasse zugelassen werden kann, derart, daß dann der Arzt einen Rechtsanspruch gegen die Kasse auf Abschluß und Aufrechterhaltung eines individuellen Kassenarztvertrages hat. Anwendbar wird die Zulassungsordnung erst durch Übernahme in den örtlich geltenden kassenärztlichen Gesamtvertrag (die auch stillschweigend geschehen kann) oder in die Schiedsentscheidung. Überdies sind der Verwendung von Kassenärzten bei der einzelnen Kasse durch das seit der V. vom 26. Juli 1930 verschärfte Gesetzesrecht untere und obere Schranken gezogen (§§ 370, 372 RVO.), die die Kasse schon beim Abschluß des die Zulassung regelnden Vertrages beachten muß, wenn sie nicht in Widerstreit ihrer Rechtspflichten kommen will. Soweit die Zulassungsordnung gilt, wird für Bewerber um Kassenarztstellen ein Arztregister

beim Versicherungsamte geführt. Aus diesem wählt ein unter dem Vorsitz des Versicherungsamtsvorsitzenden paritätisch aus Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte zusammengesetzter Zulassungsausschuß diejenigen aus, denen für freie Kassenarztstellen Gelegenheit zum Abschluß eines individuellen Vertrages geboten werden soll. Hierbei sind die Zulassungsgrundsätze zu beachten, insbesondere das bestehende Arztsystem zu wahren. Streit über die Anwendung der Zulassungsregeln kann vor die Schiedsinstanzen einschließlich des Reichsschiedsamtes gebracht werden, wobei jedoch die ganze Behördenzuständigkeit, auch wo sie im Gesetze vorgesehen ist (§ 368m Abs. 2, § 368o Abs. 6), auf Privatwillkür, nämlich auf Übernahme der über die Zulassung ergangenen Richtlinien des Reichsausschusses in den örtlichen kassenärztlichen Gesamtvertrag, beruht — eine weder theoretisch noch rechtspolitisch befriedigende Rechtslage.

§ 33. Sonderarbeitsrecht der im Dienste der Versicherungsträger Beschäftigten.

Die Fülle ihrer Verwaltungsgeschäfte können die Versicherungsträger meist nicht durch ihre wenigen Organpersonen erledigen und benötigen deshalb ein zahlreiches Hilfspersonal. Unter diesem finden sich nur verhältnismäßig wenige echte Beamte, d. h. zu öffentlichem Recht angestellte Menschen. Der Hauptmasse nach besteht es aus privatrechtlichen Angestellten; daneben finden sich auch privatrechtliche Arbeiter, zumal in den Krankenanstalten und sonstigen Eigenbetrieben der Versicherungsträger. Für die Beamten, unter denen die wichtigsten zugleich den Organen der anstaltlichen Versicherungsträger angehören (s. oben § 10), gelten im allgemeinen die Vorschriften des Beamtenrechts, die sich außerhalb der Sozialversicherungsgesetze finden, für die bürgerlichrechtlichen Arbeitnehmer die Regeln des BGB. und des sonstigen Arbeitsrechts. So finden die Tarifverordnung und das Betriebsrätegesetz auf die Angestellten und Arbeiter der Versicherungsträger Anwendung, und diese Arbeitnehmer unterliegen auch der Versicherungspflicht nach allgemeinen Regeln (vgl. § 629a RVO., §§ 187, 188 RKnG.). Indessen enthalten die Sozialversicherungsgesetze mannigfache Sondervorschriften für Beamte und Angestellte sowie Arbeiter bei den Trägern der verschiedenen Versicherungszweige, so daß sich ein überaus uneinheitliches Bild ergibt; selbst beim einzelnen Versicherungsträger gelten nicht gleiche dienstrechtliche Regeln für alle dort Beschäftigten. Die Sonderstellung der Kassenärzte ist bereits erörtert (oben § 32). Außer Betracht bleiben mögen die freiwilligen, d. i. ehrenamtlichen Krankenbesucher, die bei der Überwachung der Kassenkranken mitwirken (vgl. § 347 RVO.), und die Arbeiter. Sonst sind unter dem Personal hauptsächlich folgende Arten zu unterscheiden:

I. Von den Krankenkassen sind die Betriebskrankenkassen auszuscheiden, weil der sie veranstaltende Arbeitgeber zu ihren Geschäften gewöhnlich die ihm ohnehin zur Verfügung stehenden Personen, Arbeitnehmer seines Betriebes, verwendet (§ 362 RVO.). Bei den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen findet sich besonderes Verwaltungspersonal in verschiedener Rechtsstellung.

1. Die Mehrzahl der dort Beschäftigten sind Angestellte auf Dienstordnung (für Büro-, Kanzlei-, Botendienst und Krankenüberwachung). Die Dienstordnung wird vom Vorstand der Krankenkasse nach Anhörung der volljährigen Angestellten (aber nach herrschender Ansicht ohne Mitwirkung der Betriebsvertretung) mit Zustimmung des Ausschusses und mit Genehmigung des Oberversicherungsamtes als objektives Sonderarbeitsprivatrecht der einzelnen Kasse aufgestellt und regelt das Arbeitsverhältnis der von ihr erfaßten Angestellten (§§ 346, 352, 355 RVO.), nach herrschender Ansicht mit Vorrang vor einem etwaigen Tarifvertrag. Die Dienstordnung gilt für Angestellte, die nur auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung oder zur Vorbereitung beschäftigt werden, nur, soweit sie es ausdrücklich vorsieht (§ 351); für Vertrauensärzte gilt sie nicht (§ 368). Die Dienstordnungsangestellten sind eine Sondergruppe bürgerlichrechtlicher Arbeitnehmer. Unterarten davon sind die ge-

schäftsleitenden Angestellten (§ 535) und die Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamten (§ 404). Dienstordnungsangestellte werden durch schriftlichen Vertrag angestellt, können nach zehnjähriger Beschäftigung nur aus wichtigem Grund entlassen werden (§ 354) und unterstehen einer Sonderarbeitsgerichtbarkeit der Versicherungsbehörden (§ 358).

2. Beamte im eigentlichen, öffentlichrechtlichen Sinne (das Wort wird auch im Gesetz gelegentlich mißbräuchlich auf bürgerlichrechtliche Angestellte angewendet) können sich unter dem Personal der Krankenkassen finden (§§ 349, 351 RVO.), kommen aber selten vor.

3. Zu unterscheiden von den eigentlichen Beamten sind solche Personen, die zunächst zu bürgerlichem Recht angestellt waren und denen von der Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten (meist aus politischen Gründen) übertragen worden sind, was bis 1919 zulässig war (vgl. § 359 RVO. ursprünglicher Fassung; V. vom 5. Februar 1919, RGBl. S. 181; G. vom 28. Juni 1919, S. 615). Die Rechtslage dieser Personen, insbesondere die Frage, wer ihr beamtenrechtlicher Dienstherr ist, ist unklar.

4. Ferner finden sich bei den Krankenkassen sonstige Arbeitnehmer bürgerlichrechtlicher Art, die nicht unter die Dienstordnung fallen und rein nach allgemeinem Arbeitsrecht behandelt werden müssen.

II. Bei den Berufsgenossenschaften gibt es im allgemeinen zwei Hauptgruppen von Arbeitnehmern.

1. Für Dienstordnungsangestellte gilt Ähnliches wie im Krankenkassenrecht (§§ 690 bis 705a, 978, 1147 RVO.). Die Dienstordnung wird von der Genossenschaftsversammlung nach Anhörung der volljährigen Angestellten durch den Vorstand und mit Genehmigung des Reichsversicherungsamtes aufgestellt (§§ 690, 700). Unterarten der Dienstordnungsangestellten sind die Geschäftsführer (§ 754a), die zur Überwachung der Unfallverhütung berufenen technischen Aufsichtsbeamten (§§ 875, 1030, 1209) und die Rechnungsbeamten (§§ 876f., 1030, 1210f.).

2. Daneben haben auch die Unfallversicherungsträger bürgerlichrechtliche Arbeitnehmer, deren Rechtsverhältnisse sich lediglich nach allgemeinem Arbeitsrecht richten.

3. Bei den landwirtschaftlichen Berufgenossenschaften kann das Landesrecht neben oder an Stelle der erwähnten Arbeitnehmerarten die Verwendung von Beamten vorsehen, die Landesbeamte oder Gemeindebeamte sein können; auch ist Übertragung der Beamtenrechte und -pflichten auf Angestellte möglich (§§ 1037f.).

III. Bei den Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung finden sich:

1. eigentliche Beamte, die das Muttergemeinwesen der Anstalt stellt, entweder als beamtete Vorstandsmitglieder oder als im Hauptamt beschäftigte Büro-, Kanzlei- und Unterbeamte einschließlich derer für den Überwachungsdienst; ihre Bezüge trägt die Anstalt (§§ 1343 bis 1349 RVO.);

2. Angestellte im hauptberuflichen Büro-, Kanzlei-, Überwachungs- und unteren Dienst, denen die Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen muß, wobei als Dienstherr das hinter der Anstalt stehende Gemeinwesen anzusehen sein dürfte (§ 1348);

3. rein bürgerlichrechtliche Arbeitnehmer, teils für untergeordnete Arbeiten, teils für die gehobenen Dienste der Mathematiker, Ärzte usw.

IV. Bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte sind zu unterscheiden:

1. beamtete Direktoriumsmitglieder und planmäßige Beamte des höheren Dienstes, die unmittelbar mit der Ernennung durch den Reichspräsidenten die Rechte und Pflichten der Reichsbeamten erlangen (§§ 100f. AVG.) und als deren beamtenrechtlicher Dienstherr das Reich anzusehen ist, deren Besoldung aber die Reichsversicherungsanstalt trägt;

2. Angestellte, für die, auch wenn sie als Beamte bezeichnet sind, die vom Direktorium im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat erlassene Dienstordnung gilt (§ 103);

3. sonstige bürgerlichrechtliche Arbeitnehmer, deren Verhältnisse nach allgemeinem Arbeitsrecht zu beurteilen sind.

V. Bei der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung sind die bürgerlichrechtlichen Anstellungsformen vor den öffentlichrechtlichen stark bevorzugt.

1. Beamte sind von Gesetzes wegen der Präsident der Anstalt, die Vorsitzenden der Landesarbeitsämter und deren ständige Stellvertreter; sie werden vom Reichspräsidenten ernannt. Nach Maßgabe des Haushaltplanes der Anstalt können die Vorsitzenden der Arbeitsämter und ihre ständigen Stellvertreter sowie Mitglieder der Hauptstelle die Rechte und Pflichten der Reichsbeamten erhalten (§§ 34, 35 ArblVG.).

2. Alles übrige Personal der Reichsanstalt, insbesondere die Fachkräfte für Arbeitsvermittlung, Berufsberatung und Arbeitslosenversicherung, wird nach bürgerlichem Arbeitsrecht, zum Teil nach einer besonderen Zuständigkeitsordnung der Organe, angestellt (§ 36).

Bei der Verwendung des Personals gilt der landsmannschaftliche Grundsatz (§ 38). Die Dienstverhältnisse werden vom Verwaltungsrat mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers in einer Dienstordnung geregelt, der jedoch für die bürgerlichrechtlichen Arbeitnehmer ein etwa abgeschlossener Tarifvertrag vorgeht (§ 39). Den Besoldungsaufwand auch für die Beamten trägt die Reichsanstalt (§ 40). Besondere Vorschriften regeln die Übernahme des Personals der Einrichtungen, deren Aufgaben auf die Reichsanstalt übergegangen sind (§§ 225 bis 230).

VI. Bei der Reichsknappschaft gibt es nur bürgerlichrechtliche Arbeitnehmer. Für den Hauptteil der Angestellten gilt eine vom Vorstand unter Mitwirkung der gesetzlichen Betriebsvertretung aufgestellte Dienstordnung, der jedoch ein etwaiger Tarifvertrag im Range vorgeht (§§ 185, 196 RKnG.).

VII. Obwohl die Versicherungsträger öffentlichrechtliche Personen sind, ist in den Sozialversicherungsgesetzen mehrfach vorgeschrieben, daß bei der Anstellung neuen Personals kein Vorrecht für Versorgungsanwärter besteht (§§ 359, 702, 978, 1147 RVO., § 37 ArblVG., § 185 Abs. 3 RKnG.; — nicht auch für die Landesversicherungsanstalten und die Reichsversicherungsanstalt). Indessen sind diese Vorschriften nach der Reichspräsidentenverordnung vom 1. Dezember 1930 (II. Teil, Kap. II, § 8) nicht anzuwenden, vielmehr jetzt durchweg[1] die Anstellungsgrundsätze vom 31. Juli 1926/16. Juli 1930 (RGBl. I S. 435/225) mit dem durch die Diktaturverordnung erhöhten Stellenvorbehalt von mindestens 75% zu berücksichtigen.

[1] Ausnahme für das Rechnungsjahr 1931: Reichshaushaltsgesetz vom 31. März 1931 (RGBl. II S. 92) § 15 Abs. 4.

Schlußteil.

§ 34. Außerdeutsches und zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht.

Die zunehmende Gleichartigkeit der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse hat zur Inangriffnahme sozialpolitischer Aufgaben in vielen Kulturstaaten geführt. Besonders die reichsdeutsche Sozialversicherung hat dabei vielfach Nachfolge gefunden. Aber das Sozialversicherungsrecht der einzelnen Staaten ist doch in seinen rechtlichen Grundlinien und mehr noch in seinen Einzelheiten verschieden. Dies führt zusammen mit dem sich verdichtenden Weltverkehr und dem allgemeinen Streben nach gleichgerichteter Sozialpolitik zu dem Bedürfnis einer völkerrechtlichen Regelung von Fragen des Sozialversicherungsrechts. Seiner Befriedigung zu dienen ist Aufgabe der Internationalen Arbeitsorganisation (Teil XIII des Vertrages von Versailles), deren Konferenz auch wiederholt schon Entwürfe zu Übereinkommen sowie Empfehlungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung beschlossen hat. Daneben schließen die einzelnen Staaten zwei- oder mehrseitige Verträge, die insbesondere eine Gegenseitigkeit in der sozialversicherungsrechtlichen Behandlung ihrer Bürger zum Ziele haben.

So wichtig das außerdeutsche und das zwischenstaatliche Sozialversicherungsrecht ist, muß doch auf eine Darstellung hier verzichtet werden, weil bloße Andeutungen keinen Wert hätten, ein sachliches Eingehen aber den Rahmen des Buches sprengen würde. Wegen der Internationalen Arbeitsorganisation kann auf die Darstellung des Arbeiterrechts von Kaskel-Dersch in dieser Enzyklopädie, wegen des Standes der völkerrechtlichen Abmachungen und der deutschen Ratifikationen auf den Anhang des Handkommentars zur RVO. von Krohn und Mitarbeitern (Berlin 1931, S. 627ff.) und auf den erläuterten Dokumentenband „Internationales Arbeitsrecht“ von Berger-Kuttig-Rhode verwiesen werden.

§ 35. Reformbestrebungen.

Die deutsche Sozialversicherung hat sich bisher kaum oder jedenfalls immer nur für ganz kurze Zeit einer politischen Gleichgewichtslage zu erfreuen gehabt; Reformwünsche wurden alsbald nach jeder größeren oder kleineren Änderung des Rechtszustandes wieder laut. Während es sich dabei in der Vorkriegszeit meist nur um den weiteren Ausbau der Versicherungseinrichtungen handelte und kritische Stimmen gegenüber der Grundidee nur selten hörbar wurden, ist die Kritik nach dem Weltkrieg und in der gegenwärtigen Notlage Deutschlands immer mehr zu grundstürzenden Angriffen übergegangen, wird die Nützlichkeit und Berechtigung der Sozialversicherung nunmehr nicht nur unter wirtschaftlichen, sondern auch unter sozialphilosophischen und rassenhygienischen Gesichtspunkten bezweifelt. Was dagegen über den kulturellen Wert und die sozialpolitische Notwendigkeit der Einrichtung zu sagen ist, wurde bereits in der Einleitung (§ 1) angedeutet. Bezeichnenderweise gehen auch sehr radikale Angriffe nicht so weit, eine ersatzlose Beseitigung der Sozialversicherung zu verlangen. Sie übersehen, daß das befürwortete System des weitausgedehnten Sparzwanges sich im Grundsatz nicht allzuweit von der Idee der Sozialversicherung entfernt, ohne dieser technisch überlegen zu sein. Erst recht bedeutet der eine Zeitlang stark erstrebte Übergang von der Versicherung zur Versorgung mehr eine Umstellung in der Technik und der Lastenverteilung als eine Änderung der sozialpolitischen Grundhaltung. Die angeblich gesellschaftsschädlichen Wirkungen gesicherter Lebenslage würden weder durch die eine noch durch die andere Umstellung ausgeschaltet. Man darf aber weder das Maß der Sicherungen in Wechselfällen des Lebens überschätzen noch einseitig ihre erschlaffende Wirkung sehen.

Die ablehnenden Angriffe auf die Sozialversicherung haben diejenigen Bestrebungen nicht zum Erliegen gebracht, die umgekehrt in deren heutiger Gestalt noch

keine ausreichende Sorge für die unteren Gesellschaftsschichten erblicken und die — abgesehen von politischen Zielen, die der bestehenden Gesellschaftsordnung transzendent sind — einen weiteren Ausbau der Einrichtung wünschen. Allerdings wird kaum mehr behauptet, daß die Arten der Versicherungsfälle noch wesentlicher Erweiterungen fähig seien. Das System der deutschen Sozialversicherung kann nahezu als geschlossen gelten; die Arbeitslosenversicherung, der jüngste Zweig, wird oft als Abschluß bezeichnet. Nur eine Elternschaftsversicherung, auch in besonderer Wendung auf die Deckung des Wohnbedürfnisses, wird gelegentlich als denkbarer weiterer Versicherungszweig erwähnt. Der besonderen Berücksichtigung der Kinderreichen (vgl. Art. 119 Abs. 2, Art. 155 Abs. 1 RV.) dient bereits die Ausgestaltung mancher Leistungen der bestehenden Versicherungszweige. Im übrigen dürfte die versicherungsmäßige Deckung des durch hohe Kinderzahl entstehenden Vermögensbedarfs auf besondere Schwierigkeiten bei der Abgrenzung des zu versichernden Personenkreises und der Abschätzung des Risikos sowie bei der Beurteilung der gesellschaftlichen Rückwirkungen stoßen und das ganze Problem wohl eher mit den Mitteln der Versorgung als denen der Versicherung zu bewältigen sein.

Alles, was sonst noch an Wünschen und Plänen zur Sozialversicherungsreform vernehmbar wird, bewegt sich in dem mehr oder weniger eng gefaßten Kreise des Technischen. Da wird verhandelt über die Ausdehnung der Versicherungspflicht, vielfach mit dem Ziele, Beitragszahler heranzuziehen, deren Einbringen nicht durch verhältnismäßig gleichhohe Leistungen aufgebraucht wird. Es werden Reformen im Beitragswesen und Änderungen des Deckungsverfahrens erörtert und mancherlei Korrekturen bei den Leistungen gewünscht, vielfach um den Beteiligten einen erhöhten Nutzen aus ihren Zahlungen zuzuwenden, vielfach aber auch zur Erleichterung der Soziallast für die Wirtschaft. Auch an der Organisation der Versicherungsträger wird vieles beanstandet. Die Selbstverwaltung soll stärker zur Geltung kommen, der Einfluß auf die Gruppen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer anders verteilt werden. Vorwiegend zur Verbilligung der ganzen Einrichtung werden Vereinfachungen im Aufbau der Träger gefordert. Das Verlangen nach Verschmelzung von Invaliden- und Angestelltenversicherung wird zur Zeit nicht mehr so stark geäußert wie ehedem. Wohl aber ertönt der Ruf nach allgemeiner Vereinheitlichung der Sozialversicherung. Wie weit eine solche mit den Grundsätzen der Versicherungswirtschaft und mit den Notwendigkeiten leistungsfähiger und zuverlässiger Verwaltungsführung verträglich wäre, bedarf eingehender Prüfung. Neuestens wird in den wirtschaftlichen Nöten einzelner Versicherungsträger die Nutzbarmachung der Reserven anderer Versicherungszweige, die Gefahrengemeinschaft aller Versicherungseinrichtungen befürwortet und dabei allzu leicht übersehen, daß das Zustopfen eines Loches unter Aufreißen anderer keine wirkliche Abhilfe darstellt und daß der Grundgedanke versicherungsmäßiger Gestaltung die Verwendung der angesammelten Mittel für den einmal vorgesehenen Zweck fordert, ja daß auch rechtlich diejenigen, die Beiträge aufgebracht haben, deren bestimmungsmäßige Verwendung und nur diese erwarten dürfen.

Auf alle diese Reformgedanken im einzelnen einzugehen, kann nicht Aufgabe eines rechtswissenschaftlichen Buches sein. Welche Haltung der Verfasser bei der Behandlung der Reformfragen für geboten hält und wie er sich eine etwaige künftige Gestaltung der deutschen Sozialversicherung — unter Festhalten an ihrem Grundgedanken und unter Schonung ihrer gewordenen Formen — denkt, hat er an anderen Stellen[1] dargestellt.

---

[1] Lutz Richter: Zur Vereinheitlichung der Sozialversicherung, in Justiz **5** 619 (1930). Zur Behördenordnung der Sozialversicherung, daselbst **6** 135 (1930). Vereinheitlichung der Sozialversicherung (Was soll werden?, Schriften über Gegenwartsfragen des deutschen Volkes und Staates, Heft 2), Berlin 1931. Umbau der deutschen Sozialversicherung, in Zeitschr. f. d. gesamte Versicherungswissenschaft **31** 339 (1931).

Sachverzeichnis.

Die Zahlen bezeichnen die Seiten, hochgestellte die Anmerkungen.

Abfindung 155, 168.
Abhängigkeit, persönliche oder wirtschaftliche 36, 41.
Altersgrenze 53, 55.
Ambulatorium 187.
Anerkennungsgebühr 140, 173.
Angehöriger des Versicherungsträgers 57, 95, 98, 99, 103, 130, 132, 139.
Angestellter 12, 35, 39ff., 44, 99, 140, 144, 145, 154, 227ff.
—, Abteilung für 99ff.
Anstalt, öffentliche, rechtsfähige 29f., 57, 92ff.
— —, unselbständige 23, 26, 30, 86.
Anwartschaft 111, 113, 116, 121, 133, 134, 135, 136f., 138ff., 173, 175.
Anwartschaftsdeckungsverfahren 113, 135.
Arbeiter 12, 35ff., 44, 140, 144, 227ff.
Arbeiter-Pensionskasse der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft 23, 27, 96.
Arbeitgeber 3, 8, 10, 36, 56, 65f., 70, 79, 99, 111, 115, 117, 120f., 122ff., 177, 186.
Arbeitnehmer 1, 8, 12, 34, 44, 50, 146.
Arbeitnehmerfürsorge 9.
Arbeitsamt 98, 102f.
Arbeitsbeschaffung 9, 17, 22, 93.
Arbeitsdienst, freiwilliger 175.
Arbeitsgemeinschaft der Versicherungsträger 106f.
Arbeitsgerät, Verwahrung usw. des 48, 134, 146.
Arbeitskampf 170.
Arbeitslosigkeit 143, 144, 145.
Arbeitslosmeldung 116, 134, 147, 149, 151, 170, 178.
Arbeitsnachweisgesetz 17.
Arbeitsrecht 6, 8, 44, 132, 227ff.
Arbeitsstätte, Weg nach und von der 48, 134, 146.
Arbeitstatbestand 8, 33, 34.
Arbeitsunfähiger als Kassenmitglied 69, 120, 133.
Arbeitsverhältnis, mittelbares 36.
Arbeitsvermittlung s. Arbeitsbeschaffung.
Arbeitsverwaltungsrecht 9.
Artist 50.
Auflösung eines Versicherungsträgers 67.
Aufsicht über Versicherungsträger 27, 29, 67, 189, 210ff.
Aufsichtsbeamter, technischer 84, 85.
Aufsichtsbehörde 29, 77, 177.
Auftraggeber des Hausgewerbtreibenden 56, 121.
Ausfallhaftung 115, 177.
Ausführungsbehörde 26, 93.
Ausgleich, abstrakter 12, 128.
Ausgleichung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer 127, 219.
Auskunftspflicht 71, 212.
Ausland, Sozialversicherung im 13, 230.
Ausschuß der Krankenkasse 72ff.
— der Landesversicherungsanstalt 93f.
Aussetzen der Arbeit 36.
Aussteuerung 148.

Baubetriebskrankenkasse 66.
Bauherr 66, 123.
Beamter 99, 192, 197, 227ff.
— als Versicherter 37, 41.
Beamtete Vorstandsmitglieder 94.
Beanstandung durch den Vorsitzenden 29, 213f.
Bedarfstheorie 9.
Befreiung von der Mitgliedschaft 71.
— von der Versicherungspflicht 51.
Befreiungsanzeige in der Arbeitslosenversicherung 51.
Beginn der Mitgliedschaft bei Berufsgenossenschaften 79f.
— bei Krankenkassen 68f.
— bei der Reichsknappschaft 88.
Behandlung, ärztliche 129, 130, 132, 141, 142, 149, 155, 158, 161, 180, 223f.
Beihilfe 120.
Beitrag 5, 10, 109ff.
Beitragserstattung 169.
Beitragsklasse 118, 119.
Beitragsmarke 95, 115, 124f., 139.
Beitragspflicht 115ff.
Beitragsstreit 125f., 218.
Beitreibung 127.
Beitritt, freiwilliger 54.
Berufsgenossenschaft 14, 22, 62, 79ff.
Berufskrankenkasse (Ersatzkasse) 26.
Berufskrankheit 134, 141, 143, 146, 150, 162, 178.
Beschäftigungsort 18, 60.
Beschäftigungsverhältnis 33ff., 44, 55[1].
Betrieb, knappschaftlicher 48.
—, unfallversicherter 45ff., 80, 134.
Betriebsbestandteil 46, 62.
Betriebskrankenkasse 61, 65.
—, Organe 77ff.
Betriebssitz 18, 60.
Betriebsunfall s. Unfall.
Betriebsvertretung 66, 227, 229.
Betriebsverzeichnis 81, 116.
Bevölkerungsklasse, soziale 6, 11, 33ff.
Bezirk des Versicherungsträgers 60ff.
Bezirksknappschaft 23, 90f., 106, 119, 131, 175, 180.
Bilanz, versicherungstechnische 112. [44.
Binnenschiffsbesatzung 38, 40[2],

Darlehen des Reiches 111, 115, 177.
Demobilmachung, wirtschaftliche 16, 17.
Dienstordnung 75, 77, 83, 214, 219, 227ff.
Diktaturverordnung 17, 43, 53, 59, 66, 105, 106, 108, 111, 113, 115, 116, 121, 146, 147, 151, 154, 155, 170, 175, 188, 206, 212, 229.
Direktorium der Reichsversicherungsanstalt 28, 97f.
Doppelversicherung 79, 153.
Drittversicherung 55.

Ehrenamt 78, 95, 98, 103, 193.
Eintrittsalter 43.
Einzelbetrieb 46.
Einzugsverfahren 125.
Ende der Mitgliedschaft bei Berufsgenossenschaften 80.
— bei Krankenkassen 69f.
— bei der Reichsknappschaft 88.
Entgelt 33, **37**f., 42.
Entschädigungsanspruch 6.
Errichtung von Versicherungsträgern 59ff.
Ersatzkasse 11, 26, 28, 33, **66**f., 71, 94, 106, 173, 206.
Ersatzleistung **129**, 131, 156, 161, 168.
Erstattungsanspruch 58, 140, 176, 183, 185, 219.
Erstlingsgesetzgebung 14.
Erwerbsfähigkeit 129, **142**ff., 166.
Erwerbslosenfürsorge 17, 32.

Fachabteilung 99ff.
Familienangehöriger 156, **159**, 170.
— als Versicherungsberechtigter 55.
Familienhilfe 111, 114, 130, 133, 135, 142, 148, **159**f., 173, 175.
Feststellung der Leistungen 177ff., 195, 199, 218.
—, förmliche 84, 179.
Finanzgebarung des Versicherungsträgers 29.
Finanzrecht 8.
Formale Kassenmitgliedschaft 70, 134, 136.
— Versicherung 55[3], 116, **134**, 136.
Freiwillige Versicherung 11, 31, 123, 133.
Fuhrkosten 111, 120.
Fürsorge, armenrechtliche 2, 6[2], 8, 12, 14, 148, 169, 185.
—, öffentlichrechtliche 4, 6.
—, verwaltungsmäßige 7.
Fürsorgepflicht, bürgerlichrechtliche 3, 14.

Gefahrklasse 108, 112.
Gefahrtarif 81, 121.
Gehaltsklasse 118, 119.
Gehilfe 38.
Geldentwertung 16.
Geldleistung 128.
Gemeinde 26, 62, 63, 99, 115, 131, 142, 185, 191, 206.
Gemeindeverband 63, 99, 177, 191.
Gemeinsame Tragung der Last 107f., 119.
Genehmigung 75, 119, 207, 214.
Genossenschaft, öffentliche 27, **29**f., 57, 68ff.
Genossenschaftsversammlung 65, **82**f.
Geschäftsjahr 111, 112.
Geschäftsordnung 98, 214.
Geschichte des Sozialversicherungsrechts 13ff.
Geselle 38.
Gesellenausschuß 66.
Gesundheitszeugnis 53, 69, 133.
Gewaltverhältnis, besonderes öffentlichrechtliches 7, **57**, 85, 95.
Gewerbeaufsichtsbeamter 77.
Gleichheitssatz 29.
Gleichwertigkeit der Leistungen 66.
Grundlohn 71, 111, **117**, 119, 120, 155, 156, 173, 175.
Grundrecht 29, 105.

Hauptausschuß für Krankenversicherung 106, 205.
Hausangestellter 38.
Hausarbeiter 39.
Hausgehilfe 38, 100.
Hausgewerbetreibender **49**, 56, 60, 71, 121, 170.
Heberolle 121, 123.
Heilung 5.
Heilverfahren 129, 130, 131, 152, 169, 185.
Heimarbeiter 39, 49, 121, 170.
Höherversicherung, freiwillige 55.

Individualversicherung 5.
Innungskrankenkasse 61, **66**.
—, Organe 72ff.

Jahresarbeitsverdienst 160, **163**.
Jahresarbeitsverdienstgrenze 33, **42**, 54, 117, 175.
Jahreseinkommen 52, 54, 55, 70.
Juristische Person des bürgerlichen Rechts 31.
— des öffentlichen Rechts 27, 31[1].

Kaiserliche Botschaft **2**, 6, 7, 9, 12, 13, **14**, 27, 30.
Kapitaldeckungsverfahren 113f.
Kassenhauptverband 105f.
Kassenverband 105, 106, 107, 223.
Kassenvereinigung 105, 223.
Knappschaft 13.
Knappschaftsälteste 92.
Kodifikation 15, 18.
Körperschaft, öffentliche 99ff.
Krankenkarte 116, 179.
Krankenkasse 14, 21f., 30, **68**ff., 223.
—, besondere 23, **91**, 106, 119, 175.
Krankenordnung 57, 75, 79, 157, 214.
Krankheit **141**, 142, 143, 146.
Krisenunterstützung 58, 131, 136, 137, 148, 151, 170, **172**.
Kurzarbeiterunterstützung 148, **173**f.

Land 26, 99, 191.
Landesarbeitsamt 98, 101f.
Landesrecht 18, 39, 55, 205, 206.
Landesversicherungsamt 83, 203f.
Landesversicherungsanstalt 14, 22, 62, 64, **93**ff.
Landkrankenkasse 63.
—, Bezirk der 60f.
—, Organe 72ff.
Landwirtschaft, Sonderregelungen 65, 85, 94, 99, 101, 112, 124, 185.
Lebensrettungsunfall 51, 58, 134, 160.
Lebensversicherungsunternehmung 26, 28, 62, 67.
Lehrling 38, 43, 118, 122, 137, 171.
Leistungen der Sozialversicherung 7, 8, 12, **128**ff.
Lex Brüning 115.
Lohnergänzung 2.
Lohnklasse 117, 118, 119, 137, 171.
Lohnnachweis 81, 115, 116, 126.
Lohnsteuerüberschüsse 115.

Markenverfahren 124f.
Mehrleistung **130**, 131, 133, 136, 148, 155, 156, 157, 158, 161, 165, 169, 174.
Meldepflicht 70f., 72, 81, 103, 115.
Mindestlohnregelung 3.
Mindestversicherungsdauer 112, 113, **135**.
Mitglied des Versicherungsträgers **57**, 68, 130, 132.
— von Feuerwehr- und Rettungsvereinen 51.
Mitgliederpflichten 78f., 85, 92.
Mitgliedschein 81.
Mittel, Aufbringung für die Sozialversicherung 7, **109**ff.
—, Verwendung der 29.

Nachwirkung 70, 173.
Nähe, fachlich-sachliche 13.
Nationalversammlung 12[2].
Nebenbetrieb **46**f., 62.
Niederkunft 142, 157, 186.
Notstock 111, 121.

Oberversicherungsamt 119, **196**ff., 211.
Öffentliches Recht, Sozialversicherung als 5, 8, 11, **26**f., 27[1], 131.
Organ des Versicherungsträgers 28, 68ff., 177ff., 188.
Organisationsgewalt 59, 101.
Organismus, Rechtsverhältnis als 7, 109, 132.
Ortskrankenkasse, allgemeine 63.
— —, Bezirk der 60f.
—, besondere 61.
—, Organe 72ff.

Parität 13, 73, 84, 95, 99.
Pensionskasse, knappschaftliche 23, 113, 145, 175.
Personenrecht 8.
Pflichtversicherter 31, s. auch Versicherungspflicht.
Pflichtversicherung 11, s. auch Versicherungspflicht.
Polizeirecht 8.
Präsident der Reichsanstalt 101.
— des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt 98.
Privatrecht, Sozialversicherung als 5.
Privatversicherung 5, 26, 71, 137, 206.

Quittungskarte 95, 115, 116, 124f., 139, 178.

Rechtsanspruch 10.
Rechtsfähigkeit 28.
Rechtsprechung 10, 189, 217ff., 226, 228.
Rechtssetzung 17, 189, 206ff.
Regelleistung 120, **129**, 130, 131, 133, 136.
Reich, Deutsches, als Versicherungsträger 26, 62, 93, 122.
Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung 17, 22, 27, 30, **98**ff., 131, 170, 203, 229.
Reichsarbeitsminister 65, 87, 96, 97, 100, 102, 106, 108, 119, 121, 122, 145, 156, 164, 173, 183, 187, 190, 203, **205**, 211, 225.
Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen 17, 156, 205, 207, **225**.
Reichsbahn-Gesellschaft, Deutsche 23, 26, 27, 93.
Reichsbeamter 97, 101, 200.
Reichsknappschaft 13, 16, 22, 27, 30, 60, 61, 63, **87**ff., 95, 106, 136, 203, 229.
Reichsrat 65, 67, 83, 97, 101, 108, 145, 190, 200, 206.
Reichsverfassung, Weimarer 1, 9, 12, 12[2], **18**, 27, 29, 30, 59.
Reichsversicherungsamt 14, 65, 83, 108, 120, 131, **199**ff., 211.
Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 15, 22, 27, 30, **96**ff., 179, 203, 228f.
Reichswasserschutz 58.
Reichswirtschaftsrat 99, 100.
Reichszuschuß 114, 131, 166, 168.
Reisekranker 58.
Revisionsgesetzgebung 14.
Richtlinie 17, 107, 207, 225.
Risiko s. Wagnis.
Rücklage 111, 112, 114.
Rückstand 126f.

Sachleistung 128, 131.
Satzung des Versicherungsträgers 28, 33, 50, 130, **207**, 214.
— der Berufsgenossenschaft 83, 162, 164.
— des Kassenverbandes 105.
— der Kassenvereinigung 105.
— der Krankenkasse 64, 66, **75**f., 77, 123, 133, 136, 150, 153, 156, 157.
— der Landesversicherungsanstalt 64, 94.
— der Reichsanstalt 100.
— der Reichsknappschaft 89, 175.
Schadenersatz wegen Vernachlässigung von Arbeitgeberpflichten 128.
Schadenverhütung 6.
Schiedsinstanz 205, 207, **226**.
Schließung eines Versicherungsträgers 67, 120.
Schutzpolizeiangehöriger 33, 50, 58.
Schweigepflicht 79.
Seefahrzeug, deutsches 18.
Seekasse 23, 66, 86.
See-Krankenkasse 23, 58, 62, 87, 176, 211.
Seeleute 38, 40[2], 44.
Sektion 81, 108, 131, 179.
Selbständige als Versicherte 12.
Selbstversicherung, freiwillige 53f., 69, 125, 136.
Selbstverwaltung 7, 8, **12**, 23, 29, 30, 57, 98, 99, 190, 204, 211.
—, kassenärztliche 225f.
Soldat 33, 50, 58, 136, 169.
Sonderanstalt 23, 62, 95.
Sozialpolitik 2.
Sozialrentner 169.
Sozialversicherung, juristischer Begriff 4ff., 137.
—, wirtschaftlicher Begriff 9f.
Sperrfrist 152.
Spruchausschuß 103, 180.
Statistik 4.
Statutenkollision 18.
Stiftung des öffentlichen Rechts 29, 29[1].
Synallagma im Versicherungsverhältnis 5, 6, 10, 137.

Tätigkeit, unfallversicherte 47, 80, 134.
Tiefbau-Berufsgenossenschaft 114.
Tod 130, 140, 146, **147**.

Übernommener 58, 131.
Überwachung 115, 122, 123, 210.
Überweisung an die zuständige Berufsgenossenschaft 82.
Überwiesener 58.
Umfang der Versicherung 31, s. auch Versicherter.
Umlageverfahren **110**ff., 135.
Unfall 134, 141, 143, **146**.
Unfallverhütung 22, 57, 84, **85**, 129, 130, 212, 214.
Unfallversicherung als Haftpflichtversicherung 3.
—, durchgeführt vom Reich usw. 26.
Unständig Beschäftigter 69, 70, 71, 116, 136, 170.
Unternehmen, Begriff des 45.
Unternehmer 3, 46, 47, 56, 112, 162, 164.
— als Selbstversicherter 54.
— als Versicherungspflichtiger 50.

Vereinigung von Versicherungsträgern 67, 120.
Vereinigung, wirtschaftliche, von Arbeitgebern oder Arbeitnehmern 57, 90[1], 99ff.
Vereinigungsfreiheit 29, 105.
Verjährung 127, **148**.
Vermögensrecht 8.
Versichertenvertreter bei Berufsgenossenschaften 84f.
Versicherter 11, **31**ff., 120ff.
Versicherung im Rechtsinne 4, 137.
— im wirtschaftlichen Sinne 9f.
Versicherungsamt 85, 94, **190**ff., 211.
Versicherungsbehörde 12, 21, 177, **189**ff., 228.
Versicherungsberechtigung 11, **52**ff., 71.
Versicherungsfähigkeit 6, 31, 31[3].
Versicherungsfall 12, 14, 21, 129, 130, 132, 133, 135, 138, **141**ff., 151.
Versicherungsfreiheit 51f.

Versicherungsgenossenschaft 62, 87, 114, 124.
Versicherungskarte 115, 116, 124f.
Versicherungspflicht 11, 31, 32ff.
Versicherungstheorie 4ff.
Versicherungsträger 6, 7, 8, 10, 12, 21ff., 129, 131, 184ff.
— im eigentlichen Sinne 22f.
— im weiteren Sinne 23.
— im weitesten Sinne 23ff.
—, regelmäßiger 22, 27.
Versicherungsverband 62.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit 28.
Versicherungsvertrag 5.
Versicherungszweig 10, 14, 18, 21, 22, 190.
Versorgung als Rechtsteilgebiet 8.
Versorgungseinrichtung des Arbeitgebers in der Arbeitslosenversicherung 26, 28, 62, 67, 104, 172.
Vertrauensmänner der Berufsgenossenschaft 83.
— der Reichsversicherungsanstalt 96f.
Vertreter des Versicherungsträgers 28, 76, 77, 94.
Vertreterversammlung 82.
Verwaltungsgrundsatz 29.
Verwaltungsrat der Reichsanstalt 99f., 121.
— der Reichsversicherungsanstalt 97.
Verwaltungsrecht 8, 208.
Vorläufer der Sozialversicherung 13f.
Vorsitzender der Versicherungsbehörde 191, 197.
— des Vorstandes 29, 77, 84, 95.
Vorstand des Versicherungsträgers 28.
— der Berufsgenossenschaft 83f.
— der Krankenkasse 76f.
— der Landesversicherungsanstalt 94.
— der Reichsanstalt 100f.

Wagnis 5, 10, 11, 22, 53, 107, 108, 110f., 116.
Wahl bei Berufsgenossenschaften zur Vertreterversammlung 82f.
— — zum Vorsitzenden 84.
— — zum Vorstand 83f.
— bei Krankenkassen zum Ausschuß 73.
— — zum Vorsitzenden 77.
— — zum Vorstand 76.
— bei Landesversicherungsanstalten 93ff.
— bei der Reichsanstalt 100ff.
— bei der Reichsknappschaft 89ff.
— bei der Reichsversicherungsanstalt zum Direktorium 97f.
— — zum Vertrauensmann 96f.
Wahl bei der Reichsversicherungsanstalt zum Verwaltungsrat 97.
— zu den Versicherungsbehörden 192, 197, 200f.
— zwischen Invaliden- und Angestelltenversicherung 11, 33, 126.
Währungsverfall 16.
Wandergewerbetreibender 71, 146.
Wanderversicherung 138, 140.
Wartezeit 135, 137f., 147, 156, 182.
Weiterversicherung, freiwillige 52f., 69, 133, 136.
Wohlfahrtserwerbsloser 148.
Wohlfahrtspflege 6, 8.

Zahlstelle 123.
Zahltag 123.
Zahlungsverfahren 122ff.
Zollmittel 115.
Zugeteilter 58, 131.
Zusammenlegung der Last 108.
Zusammentreffen von Leistungen 153f., 181ff.
Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln 10.
Zuschußkasse 26, 28.
Zustimmung 75, 207, 214.
Zuzahlung 114.
Zwangsvollstreckung 127, 222.
Zweiganstalt 23, 62, 86, 112, 114, 115, 124.
Zwingendes Recht 11.

VERZEICHNIS DER IN DER ENZYKLOPÄDIE ERSCHEINENDEN BEITRÄGE

*Die mit einem * versehenen Beiträge sind bereits erschienen*

I. Rechtsphilosophie

*1.	Rechtsphilosophie 2. Aufl.	Prof. Dr. Max Ernst Mayer†, Frankfurt a. M.
1a.	Einführung in die Rechtstheorie	Prof. Dr. E. v. Hippel, Königsberg

II. Rechtsgeschichte

*2.	Römische Rechtsgeschichte und System des Römischen Privatrechts	Prof. Dr. Paul Jörs†, Wien
*3.	Römischer Zivilprozeß	Prof. Dr. Leopold Wenger, München
4.	Deutsche Rechtsgeschichte	Prof. Dr. A. Zycha, Bonn a. Rh.
*5.	Grundzüge des deutschen Privatrechts 2. Aufl.	Prof. Dr. Hans Planitz, Köln a. Rh.
*6.	Rechtsentwicklung in Preußen 2. Aufl. . .	Prof. Dr. Eberhard Schmidt, Hamburg

III. Zivilrecht und Zivilprozeß

*7.	Bürgerliches Recht: Allgemeiner Teil 3. Aufl.	Geh. Justizrat Prof. Dr. Andreas v. Tuhr†, Zürich
*8.	Recht der Schuldverhältnisse 3. Aufl. . .	Prof. Dr. Heinrich Titze, Berlin
*9.	Sachenrecht 2. Aufl.	Prof. Dr. Julius v. Gierke, Göttingen
*10.	Familienrecht 2. Aufl.	Prof. Dr. Heinrich Mitteis, Heidelberg
*11.	Erbrecht 2. Aufl.	Prof. Dr. Julius Binder, Göttingen
*12.	Handelsrecht mit Wechsel- und Scheckrecht 3. Aufl.	Geh. Hofrat Prof. Dr. Karl Heinsheimer†, Heidelberg. Herausgegeben von Prof. Dr. Karl Geiler, Rechtsanwalt, Heidelberg
*13.	Privatversicherungsrecht	Geh. Hofrat und Geh. Justizrat Prof. Dr. Victor Ehrenberg†, Göttingen
*14.	Urheber- und Erfinderrecht 2. Aufl. . . .	Geh. Rat Prof. Dr. Philipp Allfeld, Erlangen
*15.	Internationales Privatrecht	Prof. Dr. Martin Wolff, Berlin
16.	Einwirkungen des Friedensvertrages auf die Privatrechtsverhältnisse	Prof. Dr. Josef Partsch†, Berlin (fällt aus)
*17.	Zivilprozeßrecht	Prof. Dr. James Goldschmidt, Berlin
18.	Konkursrecht	Prof. Dr. E. Bley, Greifswald
*19.	Freiwillige Gerichtsbarkeit 2. Aufl.	Prof. Dr. Friedrich Lent, Erlangen

IV. Strafrecht und Strafprozeß

20.	Strafrecht	Prof. Dr. Eduard Kohlrausch, Berlin
21.	Strafprozeßrecht	Prof. Dr. James Goldschmidt, Berlin, und Prof. Dr. H. Mannheim, Berlin
22.	Kriminalpolitik	Prof. Dr. Ernst Rosenfeld, Münster i. Westf.
*22a.	Preßrecht	Prof. Dr. H. Mannheim, Berlin